

Aus der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Ludwig-  
Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. S. Mahner  
Leitung Brustzentrum: Prof. Dr. med. N. Harbeck

**Palliativmedizin in der gynäkoonkologischen  
Routineversorgung – Evaluation einer interdisziplinären  
Inhouse-Schulung für Palliativmedizin**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
**Kristina Ulbach**  
aus Leverkusen

2016

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatlerin:	Prof. Dr. med. Nadia Harbeck
Mitberichterstatter:	Priv. Doz. Dr. med. Marcus Schlemmer Prof. Dr. med. Eva-Maria Grischke
Mitbetreuung durch die promovierten Mitarbeiter:	Dr. med. R. Würstlein, Prof. Dr. med. C. Bausewein, Dr. med. B. Haberland
Dekan:	Prof. Dr. med. dent. R. Hickel
Tag der mündlichen Prüfung:	10.11.2016

Meiner Familie

# INHALTSVERZEICHNIS

---

1	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	1
2	EINLEITUNG .....	2
2.1	Hinführung zum Thema .....	2
2.1.1	Empfehlung der WHO zur palliativmedizinischen Versorgung .....	2
2.1.2	Grundkenntnisse der palliativmedizinischen Versorgung .....	2
2.2	Theoretischer Hintergrund .....	4
2.2.1	Palliativmedizin in der klinischen Routine .....	4
2.2.2	Berufsgruppen und Fachrichtungen in der Palliativmedizin .....	5
2.2.3	Palliativmedizin in der Gynäkologie .....	6
2.2.4	Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Palliativmedizin .....	8
2.2.5	Problematik der Integration der Palliativmedizin in die Gynäkologie .....	9
2.2.6	Das CCC <sup>LMU</sup> am Klinikum der Universität München .....	10
3	FRAGESTELLUNG UND ZIEL DER STUDIE .....	11
3.1	Grundlage der Studie .....	11
3.2	Weiterführende Fragestellung der Studie .....	11
3.3	Ziel der Studie .....	12
4	MATERIAL UND METHODEN .....	13
4.1	Befragung der Bundes- und Landesärztekammern .....	13
4.1.1	Erhebungsinstrumente .....	13
4.1.2	Durchführung der Datenerhebung .....	13
4.2	Inhouse-Schulung der Palliativmedizin in der Gynäkologie ( <i>ISPG</i> ) .....	14
4.2.1	Erhebungsinstrumente .....	15
4.2.2	Durchführung der Datenerhebung .....	18
5	ERGEBNISSE .....	22
5.1	Befragung der Bundes- und Landesärztekammern .....	22
5.1.1	Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Fachbereich Gynäkologie .....	22
5.1.2	Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in Relation zu der Gesamtzahl der berufstätigen Gynäkologen in Deutschland .....	25
5.2	Auswertung der <i>ISPG</i> .....	27
5.2.1	Auswertung der <i>ISPG-1</i> .....	27

5.2.2	Auswertung der <i>ISPG-2</i> und <i>ISPG-3</i> .....	38
5.3	Einschätzungen der Kompetenzen zu verschiedenen palliativmedizinischen Fertigkeiten in <i>ISPG-1,-2 und-3</i> .....	42
6	DISKUSSION.....	46
6.1	Darstellung und Beurteilung der Hauptergebnisse .....	46
6.1.1	Befragung der Bundes- und Landesärztekammer .....	46
6.1.2	Definition der Teilnehmer zur Palliativmedizin .....	47
6.1.3	Stationäre und ambulante Versorgung .....	47
6.1.4	Kooperationspartner und Kommunikation innerhalb der Frauenklinik... 48	
6.1.5	Motivation, Wünsche und Vorkenntnisse der Teilnehmer .....	49
6.1.6	Vorbereitung der Teilnehmer auf die Palliativmedizin .....	50
6.2	Limitationen der Studie.....	51
6.3	Fazit und Ausblick .....	53
7	ZUSAMMENFASSUNG .....	54
8	ANHANG.....	56
8.1	Literaturverzeichnis .....	56
8.2	Abbildungsverzeichnis.....	59
8.3	Tabellenverzeichnis.....	60
8.4	Das Anschreiben an die Bundes- und Landesärztekammern.....	61
8.5	Die Einladung zum Schulungsprogramm .....	63
8.6	Das Schulungsprogramm .....	64
8.7	Die Fragebögen.....	66
9	LEBENS LAUF.....	80
10	DANKSAGUNG .....	81
11	EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG.....	82

# 1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

---

Arzt	Arzt/Ärztin
CCC	Comprehensive Cancer Center
CCC <sup>LMU</sup>	Comprehensive Cancer Center der Ludwig-Maximilians-Universität
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Gynäkologe	Gynäkologe/Gynäkologin
ISPG	Inhouse-Schulung Palliativmedizin in der Gynäkologie
ISPG-1	Evaluation vor der Inhouse-Schulung Palliativmedizin in der Gynäkologie
ISPG-2	Evaluation direkt nach der Inhouse-Schulung Palliativmedizin in der Gynäkologie
ISPG-3	Evaluation sechs Monate nach der Inhouse-Schulung Palliativmedizin in der Gynäkologie
KUM	Klinikum der Universität München
Patient	Patient/Patientin
Pfleger	Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
WHO	World Health Organisation

## **2 EINLEITUNG**

---

### **2.1 Hinführung zum Thema**

#### **2.1.1 Empfehlung der WHO zur palliativmedizinischen Versorgung**

Die Studie nimmt eine aktuelle Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf, die eine frühe Integration der Palliativmedizin in die Regelversorgung von onkologischen Patienten empfiehlt (WHO 2002). Der Begriff Palliativmedizin kommt aus dem Lateinischen und wird von „pallium“ (Umfang) und „palliare“ (Linderung von Leiden) abgeleitet (Bausewein and Albrecht 2004, Jeltsch 2014). Die WHO definiert die Palliativmedizin als den Ansatz einer bestmöglichen Betreuung von schwerkranken Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen einer unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankung konfrontiert sind. Eine Verbesserung und der Erhalt der Lebensqualität soll durch ein frühzeitiges Erkennen und einer sorgfältigen Einschätzung der Beschwerden des Patienten erreicht werden. Die Palliativmedizin umfasst das Abwenden von Leiden durch die Linderung von Schmerzen und Symptomkontrolle. Zusätzlich sollten körperliche, psychosoziale und spirituelle Bereiche des Lebens sowie der Wunsch des Patienten in die Behandlung integriert werden. Das Ziel der Palliativmedizin ist, das Leben zu bejahen und die aktive Teilnahme bis zum Tod zu ermöglichen (WHO 2014).

Nach den Empfehlungen der WHO sollte die Palliativmedizin frühzeitig im Verlauf einer progrediente, lebensbedrohlichen Erkrankung eingebunden werden. Ausgehend davon sollte im besten Fall schon bei der Diagnosefeststellung einer fortgeschrittenen, potenziell tödlichen Erkrankung eine Integration der Palliativmedizin angestrebt werden. Studien zeigten, dass sich die frühe Integration der Palliativversorgung positiv auf den Patienten sowie das Behandlungsteam auswirkt (Gaertner, Weingartner et al. 2013, Greer, Jackson et al. 2013).

#### **2.1.2 Grundkenntnisse der palliativmedizinischen Versorgung**

Eine umfangreiche palliativmedizinische Versorgung umfasst die Kenntnisse und Fertigkeit über die Gesprächsführung und Exploration von Schmerzen und Symptomen sowie deren Kontrolle. Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Palliativmedizin ist die Indikationsstellung kurativer und palliativer Maßnahmen (Sabatowski, Maier et al. 2013).

Einen Einblick in die häufigsten Symptome, die in der Palliativmedizin anzutreffen sind, gibt die folgende Auflistung:

- Tumorschmerz
- Gastrointestinale Symptome: Obstipation, Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, Ileus und Aszites
- Respiratorische Symptome: Dyspnoe, Husten
- Anorexie-Kachexie-Syndrom: Appetitlosigkeit, Fatigue
- Neuropsychiatrische Symptome: Verwirrtheit, Delir
- Komplexe Wundversorgung

Eine professionelle Symptom- und Situationserfassung beinhaltet eine ausführliche Anamnese sowie eine regelmäßige Dokumentation, um Veränderungen frühzeitig wahrzunehmen. Symptome und Schmerzen sind nicht objektivierbar und ihre Komplexität bedarf eine präzise Erfassung. Im Verlauf einer lebensbedrohlichen Erkrankung können Schmerzen und Symptome als Begleiterscheinungen der Primärerkrankung sowie Therapienebenwirkungen resultieren, die eine erneute Evaluation der Behandlungsmöglichkeiten benötigen (Sabatowski, Maier et al. 2013). Eine kurative Therapie sollte im Verlauf einer progredienten Erkrankung immer überdacht werden und palliative Therapieoptionen sollten frühzeitig in Erwägung gezogen werden. Ein kurativer Ansatz ist in der Palliativmedizin nicht mehr möglich, jedoch können die zunächst kurativ gestellten Therapieansätze zur Linderung von Schmerzen als palliative Therapie weitergeführt werden. Zum Beispiel kann eine Chemo- oder Strahlentherapie zur Symptomkontrolle und Schmerzlinderung im Sinne einer palliativen Therapie fortgesetzt werden (Greer, Jackson et al. 2013). Wichtig und sinnvoll ist es, dass sich das Behandlungsteam mit der Symptomerfassung sowie palliativen Versorgungsmöglichkeiten vertraut macht, um Schmerzen und Symptome frühzeitig zu kontrollieren und optimal zu behandeln (Aulbert, Albrecht et al. 2012).



## **2.2 Theoretischer Hintergrund**

### **2.2.1 Palliativmedizin in der klinischen Routine**

In allen Fachbereichen unserer Gesundheitsversorgung, bevorzugt in der Onkologie, sind Ärzte und Pflege mit der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Patienten konfrontiert. Aufgrund von räumlichen, zeitlichen und personellen Ressourcen der einzelnen Zentren und Kliniken ist die Konfrontation für alle Beteiligten des Gesundheitssystems in einem unterschiedlichen Ausmaß gegeben (Fittkau-Tönnemann 2007).

In der klinischen Routine werden häufig lebensverlängernde Maßnahmen ohne den gewünschten Therapieerfolg fortgesetzt. Studien zeigen, dass Schmerzen und Symptome bei Schwererkrankten und Sterbenden weltweit noch ungenügend behandelt werden. In Deutschland gibt es jedoch noch keine genauen Daten über die Häufigkeit von tumorbedingten Schmerzen. Man geht davon aus, dass in Europa und den USA 30% ambulante, 40% stationäre und 70% terminale Tumorkranken an starken Schmerzen leiden (Klaschik 2000, Haller, Hepp et al. 2004).

Zudem ist die Entscheidung über die Dauer der onkologischen Therapie und den Zeitpunkt des Wechsels zu einer rein palliativmedizinischen Betreuung problematisch (Wuerstlein and Bauerfeind 2011). Wie bereits erwähnt wurde, empfiehlt die WHO die frühe Integration der Palliativmedizin in die Regelversorgung von onkologischen Patienten. Jedoch sind die Empfehlungen relativ vage. Mit dem Ziel, die Leitlinien zu optimieren, wurde erstmals im Jahr 2011 von Gaertner et al. ein standardisierter Ablauf im Zentrum für Integrierte Onkologie (CCC) in Köln entwickelt. Der standardisierte Ablauf legte Rahmenbedingungen fest, die eine individuelle sowie interdisziplinäre Herangehensweise in der Palliativmedizin fördern sollen (Gaertner, Wolf et al. 2011). Dementsprechend sollten alle kurativen und palliativmedizinischen Optionen für den Patienten überdacht werden (Grischke 2008). Eine interdisziplinäre (mit mehreren Fachrichtungen einer Berufsgruppe) und multiprofessionelle (mit mehreren Berufsgruppen) Zusammenarbeit ist nach den Richtlinien für ein optimales Palliativkonzept und eine verbesserte Patientenversorgung wünschenswert (Gaertner, Wolf et al. 2011).

## 2.2.2 Berufsgruppen und Fachrichtungen in der Palliativmedizin

In der palliativen Versorgung sind verschiedene Berufsgruppen und Fachrichtungen anzutreffen. Hausärzte und externe Krankenpflege sind häufig die ersten Ansprechpartner bzw. die wichtigsten Kontaktpersonen des Patienten. Unterstützung sollten sie durch Zentren mit fachbezogenen radioonkologischen, anästhesiologischen, chirurgischen und onkologischen Bereichen bekommen. Neben den medizinischen und pflegerischen Berufen sollte auch eine psychosoziale und seelsorgerisch-spirituelle Begleitung in das Palliativkonzept integriert sein. Dazu gehören Berufe wie Sozialarbeiter, Seelsorger sowie die Psychoonkologie (Abbildung 1) (Haller, Hepp et al. 2004). Darüber hinaus kann eine ambulante Behandlung durch die ambulante Palliative Care Teams wie z.B. die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ermöglicht werden. Stationär können Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung durch Palliativstationen oder Hospize betreut werden. In der Palliativversorgung arbeiten diese Organisationsformen sehr eng zusammen und begleiten Schwerkranke und deren Angehörigen in der letzten Lebensphase (Bausewein and Albrecht 2004, Sabatowski, Maier et al. 2013). Die Funktion der Organisationsformen wird in der Tabelle 1 erläutert.

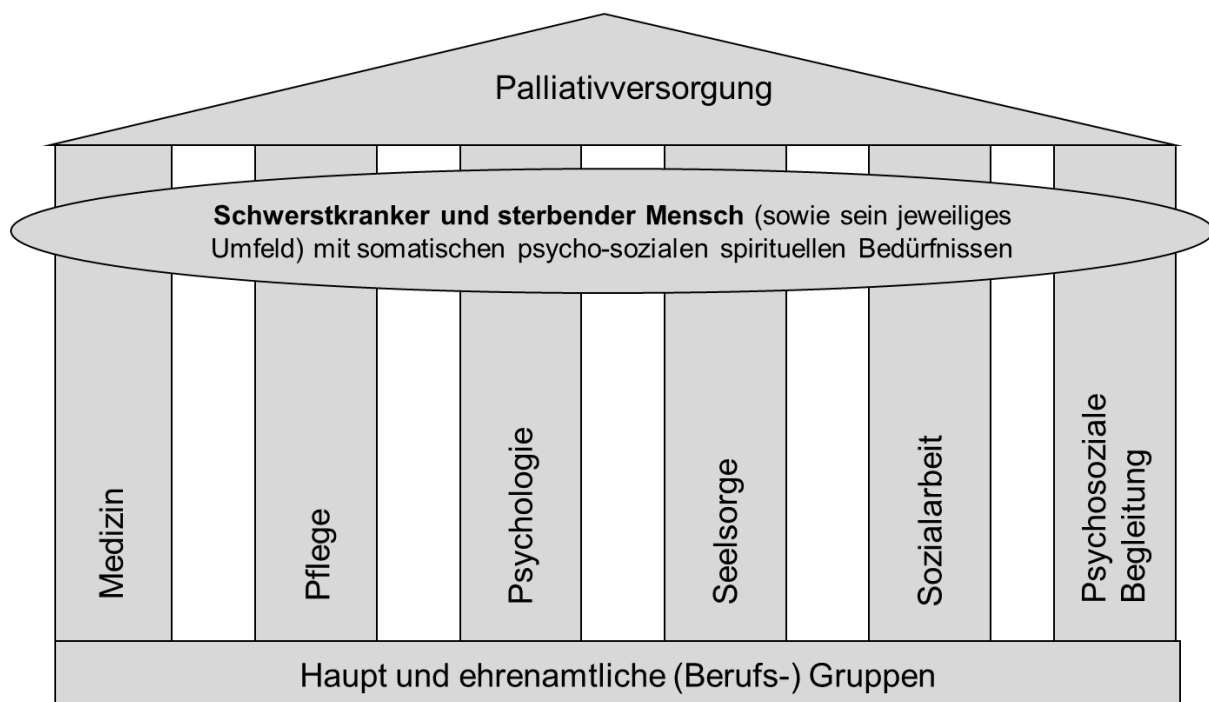


Abbildung 1: Berufsgruppen in der Palliativversorgung (entnommen und verändert aus (Diakonie 2009)).

*Tabelle 1: Organisationsformen im Palliativkonzept und deren Funktion (entnommen und verändert aus (Bausewein and Albrecht 2004))*

<b>Formen</b>	<b>Funktion</b>
<i>Palliativstationen</i>	Palliativmedizinische Einrichtungen in Krankenhäusern, die unter ärztlicher Leitung ausschließlich Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung betreuen. Konsiliarisch können Fachärzte der Palliativmedizin anderen Fachrichtungen am Klinikum weiterhelfen. Zum Team gehören Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Seelsorger.
<i>Hospize</i>	Eigenständige Einrichtungen ohne ärztliche Leitung, die Schwerkranke bis zum Tod betreuen. Die ärztliche Versorgung übernimmt meist der Hausarzt. Zum Team gehören speziell geschulte Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Seelsorger und z.T. ehrenamtliche Helfer.
<i>Ambulante Palliative Care Teams</i>	Multiprofessionelle Teams, die die Hausärzte und Pflegedienste in der palliativen Betreuung in der häuslichen Umgebung unterstützen und in psychosozialen sowie palliativmedizinischen Belangen beraten. Dazu zählt die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) (Hernandez 2007).

### **2.2.3 Palliativmedizin in der Gynäkologie**

Die Palliativmedizin in der Gynäkologie umfasst gynäkologische Krebserkrankungen, wie das Mamma- (Brust-), Ovarial- (Eierstock-), Endometrium- (Gebärmutter Schleimhaut-), Zervix- (Gebärmutterhals-), Vulva- (Scheiden-) und Vaginalkarzinom (Scheidenkrebs). Laut dem Robert-Koch-Institut zählen das Mamma-, Ovarial- und Endometriumkarzinom in Deutschland zu den zwölf häufigsten Krebsneuerkrankungen sowie Krebstodesfällen der Frau (Abbildung 2, Abbildung 3). An erster Stelle der Krebstodesursachen der Frau steht das Mammakarzinom, das bei 17,4% der Frauen für die Krebssterblichkeit verantwortlich ist. Trotz der hohen Heilungsraten beim Mammakarzinom können Metastasierungen auftreten, die im Verlauf fließend in eine Palliation übergehen und tödlich sein können (Kaatsch, Spix et al. 2013). Unter diesen Umständen und in Anbetracht der Inzidenz und Mortalität des Mammakarzinoms, hat das Mammakarzinom unter allen Krebserkrankungen in der Palliativmedizin einen besonderen Stellenwert (Micheli, Gatta et al. 1997).

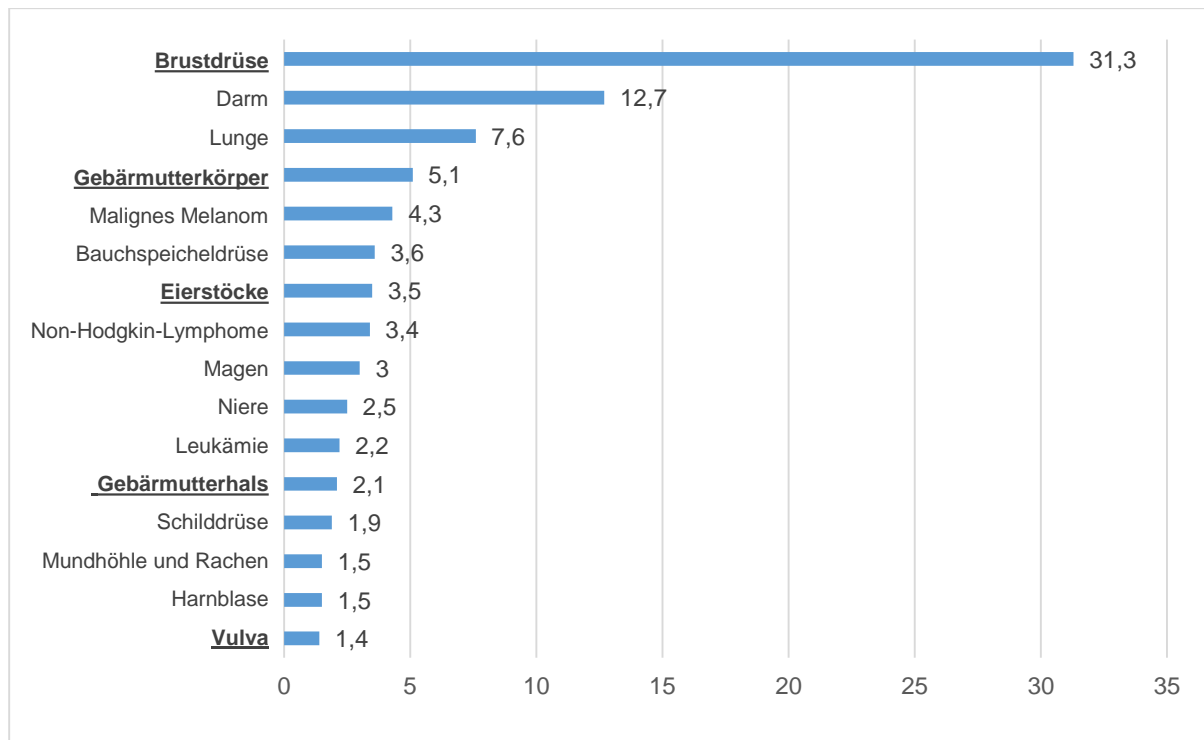


Abbildung 2: Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisation an allen **Krebsneuerkrankungen** (Inzidenz) der Frau im Jahr 2010 in Deutschland. Die gynäkologischen Tumore wurden unterstrichen (entnommen und verändert aus (Kaatsch, Spix et al. 2013)).

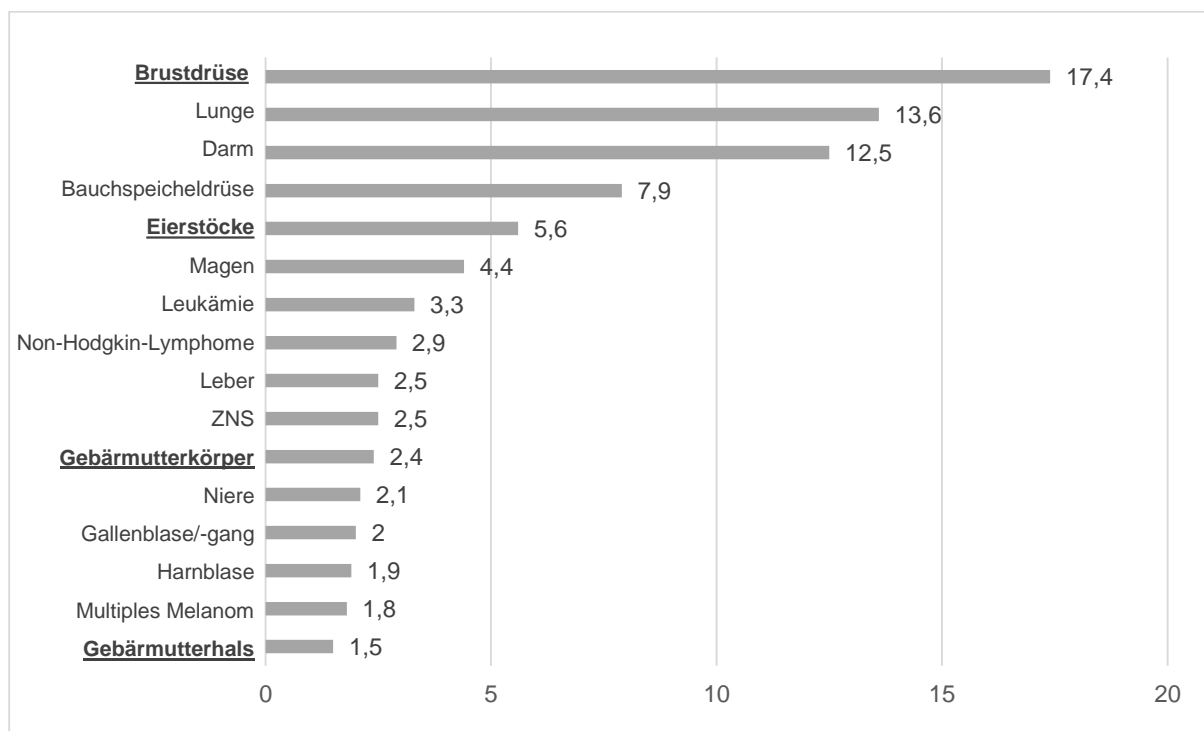


Abbildung 3: Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisation an allen **Krebssterbefällen** (Mortalität) der Frau im Jahr 2010 in Deutschland. Die gynäkologischen Tumore wurden unterstrichen (entnommen und verändert aus (Kaatsch, Spix et al. 2013)).

Jedoch sollte hier noch einmal deutlich gemacht werden, dass eine Krebsneuerkrankung letztendlich noch kein Grund für die frühe Integration der Palliativmedizin ist. Ärzte und Pflege sollten die onkologische Erhaltungstherapie beim metastasierten Mammakarzinom von der palliativen Versorgung im Endstadium, die ausschließlich die symptomorientierte Therapie miteinbezieht, trennen. Eine Definition für den Zeitpunkt der Integration der Palliativmedizin wurde bereits in den Leitlinien als eine „Standard Operating Procedure“ entwickelt. Die Leitlinien wurden aufgrund des unterschiedlichen Krankheitsverlaufes speziell für das Mammakarzinom festgelegt (Gaertner, Wuerstlein et al. 2011). Ein weiterer wichtiger Aspekt der gynäkoonkologischen Palliativmedizin ist das Ovarialkarzinom, das eine deutlich niedrigere relative 5-Jahres-Überlebensrate im Vergleich zu den anderen gynäkologischen Tumoren aufweist. Das Ovarialkarzinom hat eine relative 5-Jahres-Überlebensrate von 42%, dagegen weisen das Mammakarzinom eine relative 5-Jahres-Überlebensrate von 87% und das Endometriumkarzinom von 81% auf. Problematisch ist, dass das Ovarialkarzinom erst in späteren Stadien erkannt wird und die Überlebenschancen deutlich verringert sind. Die palliative Versorgung wird meist schon bei der Diagnosefeststellung eines Ovarialkarzinoms in späteren Stadien miteinbezogen (Kaatsch, Spix et al. 2013).

#### **2.2.4 Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Palliativmedizin**

Es wurden Konzepte zum Erwerb von palliativpflegerischen und -medizinischen Kompetenzen speziell für Pflege und Ärzte entwickelt. Die Konzepte formen zum einen das Basiswissen in der Ausbildung und fördern zum anderen die Kompetenzen durch Qualifikationen in Fort- und Weiterbildungen. Für Ärzte und Pflege wurden folgende getrennte Konzepte entwickelt:

Im **pflegerischen Bereich** wurde die palliative Pflege im Jahr 2003 in die Basisausbildung der Krankenpflege integriert sowie in die Prüfungsverordnung aufgenommen. Um das palliative Verständnis der Pflegeschüler zu verbessern, wurden zusätzlich Lernaufgaben zur Thematik der palliativen Betreuung in den Unterricht an Krankenpflegeschulen miteinbezogen (Fittkau-Tönnemann 2007). Darüber hinaus kann eine Fachweiterbildung in der onkologischen Pflege erworben werden, die sich in einen theoretischen sowie einen praktischen Teil gliedert und mindestens 720 Stunden umfasst. Zudem wurde erstmals 1992 die Zusatzqualifikation zur palliativen Pflege eingeführt (Fittkau-Tönnemann 2007, Bäumer 2008).

Im **medizinischen Bereich** war die Palliativmedizin zunächst im Hintergrund der studentischen Ausbildung und wurde nur an wenigen Universitäten als Wahlfach oder Vorlesungsreihe angeboten. Erst seit 2014 wurde die Palliativmedizin als Pflichtfach in die studentische Ausbildung integriert und wird als Leistungsnachweis für die zweite ärztliche Prüfung vorausgesetzt (Reiser 2010). Zusätzlich zum Studium und der Facharztausbildung wurde die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin mit der Weiterbildungsordnung an allen Bundes- und Landesärztekammern in Deutschland eingeführt. Die Voraussetzung für die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin wird in den jeweiligen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt. Grundsätzlich beinhaltet die Zusatzweiterbildung folgende Voraussetzungen:

- Facharztanerkennung,
- Weiterbildungszeit von 12 Monaten bei einem Weiterbildungsbefugten; anteilig auch ersetzbar durch 120 Stunden Fallseminare sowie einem
- 40 stündigen Grundkurs über 1 Jahr.

Um den Zusatz Palliativmedizin zu erwerben, wird abschließend eine Prüfung bei der zuständigen Ärztekammer absolviert. Der Vorteil der Integration der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in der Weiterbildungsordnung ist eine Erweiterung der palliativmedizinischen Kompetenzen in Ergänzung zu der Facharztkompetenz des Primärversorgers (Fittkau-Tönnemann 2007, Aulbert and Albrecht 2012).

### **2.2.5 Problematik der Integration der Palliativmedizin in die Gynäkologie**

Mit der Entwicklung der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ist es möglich, dass Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung durch den Primärversorger versorgt werden (Bartzke 2007, Grischke 2008). Ist die entsprechende Kompetenz jedoch nicht gegeben, wird der Patient nach jahrelanger gynäkoonkologischer Betreuung auf eine Palliativstation verlegt. Die gewohnte Klinikumgebung ist dann in dieser kritischen Lebensphase nicht mehr gegeben. Dies führt häufig zu schwerwiegenden psychosozialen Problemen (Haller, Hepp et al. 2004). Ein weiteres Problem stellt die fehlende Präsenz eines Gynäkologen auf den Palliativstationen dar. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird häufig vernachlässigt und interdisziplinäre Palliativstationen gibt es nur an wenigen Kliniken. Auch wenn die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit eine Herausforderung für das Behandlungsteam darstellt, ist sie eine Voraussetzung für ein erfolgreiches Palliativkonzept (Haller, Hepp

et al. 2004, Grischke 2008). Daneben zeigen Studien, dass regelmäßige Fortbildungen für die Pflegekräfte und Ärzte nur in wenigen Städten (Berlin, Bonn, Göttingen, Köln, Limburg und München) angeboten werden. Für andere Berufsgruppen, die in der Palliativversorgung tätig sind, ist das Angebot noch geringer (Klaschik, Nauck et al. 2000). Zudem berichten speziell Gynäkologen über eine unzureichende Weiterbildung in der Palliativmedizin. Schulungen und Fortbildungen der Palliativmedizin in der Gynäkologie sind qualitativ sowie quantitativ nicht ausreichend entwickelt. Qualitativ bessere Fortbildungen werden über die Diagnostik und Therapie in den Kliniken und Zentren angeboten. Dagegen werden palliativmedizinische Kompetenzen und das Wissen über den Erhalt der Lebensqualität eher vernachlässigt. Letztendlich können interdisziplinäre Schulungsangebote vor Ort diese Lücke schließen (Lesnock, Arnold et al. 2013).

#### **2.2.6 Das CCC<sup>LMU</sup> am Klinikum der Universität München**

Das Comprehensive Cancer Center der Ludwig-Maximilians-Universität, kurz CCC<sup>LMU</sup>, am Klinikum der Universität München (KUM) ist ein Zentrum, das sich an der optimalen Versorgung von Krebspatienten beteiligt, verschiedene Kompetenzen und Disziplinen zusammenschließt sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert (LMU 2015). Dazu zählen zertifizierte Zentren mit verschiedenen onkologischen Fachrichtungen. Im gynäkoonkologischen Bereich werden an vier zertifizierte Zentren, jeweils zwei Brustzentren und zwei gynäkologische Krebszentren in Großhadern und in der Maistraße (Innenstadt), Patienten behandelt. Insgesamt werden am KUM circa 5000 Patienten mit gynäkologischen Tumoren pro Jahr behandelt. Es besteht somit ein hoher Bedarf an onkologischer und damit auch an palliativer Expertise. Des Weiteren gehören zum CCC<sup>LMU</sup> die Psychoonkologie und die Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin. Letztere bietet spezialisierte Palliativversorgung auf einer Palliativstation durch den Palliativdienst im Klinikum und einem spezialisierten ambulanten Palliativteam (SAPV-Team) an. Darüberhinaus gehört zur Klinik für Palliativmedizin die Christophorus Akademie, die für Ärzte, Pflege, Sozialarbeiter, Seelsorger sowie Physiotherapeuten und weitere Berufsgruppen Qualifizierungskurse in der Hospizarbeit und palliativen Betreuung anbietet (Akademie 2015).

## 3 FRAGESTELLUNG UND ZIEL DER STUDIE

---

### 3.1 Grundlage der Studie

Wie bereits in der beschriebenen Literatur erwähnt wurde, begünstigen palliativmedizinisch aus-, fort- und weitergebildete Ärzte und Pflegekräfte die Situation eines schwerkranken Patienten. Jedoch wurde in der Literaturrecherche nicht ersichtlich, wie viele Gynäkologen sich in Deutschland in der Palliativmedizin spezialisiert haben. Die Basisgrundlage der Studie ist die Reflektion der aktuellen bundesweiten Lage der Palliativmedizin in der Gynäkologie. Daher steht an erster Stelle der Studie die Untersuchung der folgenden Kernfrage:

*Kernfrage 1: Wie viele Gynäkologen haben die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bei den einzelnen Bundes- und Landesärztekammern absolviert?*

### 3.2 Weiterführende Fragestellung der Studie

Aufgrund der vorhandenen Literatur und unter Berücksichtigung der Strukturen am Klinikum der Universität München (KUM), wurde eine Inhouse-Schulung der Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISPG) als ein niederschwelliges Modellprojekt innerhalb des CCC<sup>LMU</sup> entwickelt und evaluiert. Zur Förderung eines gemeinsamen Standards und einer besseren Zusammenarbeit, bei sonst getrennten Aus- und Weiterbildungen, wurde die Schulung gemeinsam für Ärzte und Pflege der Gynäkologie vor Ort am KUM angeboten. Hinsichtlich der Schulung soll in der Studie folgende Kernfrage untersucht werden:

*Kernfrage 2: Wie wirkt sich eine Schulung der Palliativmedizin in der Gynäkologie auf die Einschätzung der palliativmedizinischen Kompetenzen der Schulungsteilnehmer aus?*

Die Kernfrage untersucht die Einschätzung der palliativmedizinischen Kompetenzen und wird in folgende Bereiche gegliedert: Vorbereitung auf die Palliativmedizin insgesamt, Symptomkontrolle, Schmerztherapie, palliativmedizinische Versorgungsmöglichkeiten, alternative Applikationswege, Wundversorgung und der Umgang mit der Übermittlung von schlechten



Nachrichten (*Breaking Bad News*). Untersucht werden die Bereiche zu unterschiedlichen Zeitpunkten, um die Einschätzung der Kompetenz im Verlauf darzustellen. Die Zeitpunkte der Evaluation gliedern sich in vor, direkt nach und sechs Monate nach der Schulung. Als weitere Teilfrage wird der Unterschied zwischen den Einschätzungen der palliativmedizinischen Kompetenzen innerhalb der Fachgruppen der Pflegekräfte, Assistenz- und Oberärzte erörtert.

Zusätzlich werden in der Studie die Kommunikation innerhalb der Frauenklinik und die Kooperation am KUM sowie Vorkenntnisse, Motivation und Wünsche der Teilnehmer in der Palliativmedizin und zur Schulung evaluiert.

### **3.3 Ziel der Studie**

Das Ziel der Studie ist die Darstellung der palliativmedizinischen Kompetenzen der Ärzte und Pflege in der Gynäkologie. Zudem soll die Bedeutsamkeit der Inhouse-Schulung Palliativmedizin in der Gynäkologie (*ISPG*) in Bezug auf die bundesweite aktuelle Lage der Palliativmedizin in der Gynäkologie untersucht werden.

## **4 MATERIAL UND METHODEN**

---

Die Studie wurde unterteilt in die Befragung der Bundes- und Landesärztekammern und darauffolgend die Durchführung und Evaluation der Inhouse-Schulung. In dieser Reihenfolge werden Material und Methoden aufgeführt.

### **4.1 Befragung der Bundes- und Landesärztekammern**

Eine postalische Befragung der Bundes- und Landesärztekammern in Deutschland wurde durchgeführt, um die Anzahl der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ablegten, zu erfassen. Der Zeitraum der ermittelten Daten wurde zum einen bis zum Jahr 2012 und zum anderen auf das Jahr 2012 festgelegt.

#### **4.1.1 Erhebungsinstrumente**

Um die Anzahl der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis einschließlich zum Jahr 2012 sowie nur im Jahr 2012 ablegten, zu erforschen, wurden im November 2013 die 17 Landes- und Bundesärztekammern per Post angeschrieben und um Rückmeldung per Fax gebeten. Das Anschreiben wird im Anhang der Studie aufgeführt. Da nicht alle Ärztekammern auf das Schreiben antworteten, wurde erneut schriftlich im Februar 2014 um eine Rückmeldung der fehlenden Ärztekammern gebeten.

Zusätzlich wurde mithilfe der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) die Gesamtzahl der berufstätigen Gynäkologen in den einzelnen Bundesländern ermitteln. Somit wurde die Anzahl der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ablegten, in Relation zu der Gesamtzahl der berufstätigen Gynäkologen der einzelnen Bundesländer gestellt.

#### **4.1.2 Durchführung der Datenerhebung**

Die Daten wurden manuell mithilfe von Microsoft Office Excel 2012® ausgewertet. Um die Werte der einzelnen Bundesländer zu vergleichen, wurden die Daten mit einem gruppierten Säulendiagramm sowie einem Balkendiagramm veranschaulicht.

## **4.2 Inhouse-Schulung der Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISPG)**

In Ergänzung zu der Befragung der Bundes- und Landesärztekammern wurde in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin und der Frauenklinik am KUM ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Inhouse-Schulungsprogramm am CCC<sup>LMU</sup> als Modellprojekt konzipiert.

Im März 2013 wurden 31 ärztliche und pflegerische Mitarbeiter der Frauenklinik von einer Kommunikations-Team-Trainerin sowie Ärzten und Pflegekräften der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin unter der Leitung von Prof. Dr. med. C. Bausewein geschult. Die Kursteilnehmer waren Pflegekräfte, Assistenz- und Oberärzte der Frauenklinik, des Brustzentrums und gynäkologisches Krebszentrums am KUM mit den zwei Standorten Großhadern und Innenstadt/Maistraße. Die Teilnahme der Schulung war freiwillig und die Schulung wurde als ein offenes Angebot den Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Alle onkologischen Pflegekräfte und zu diesem Zeitpunkt in der onkologischen Tagesklinik der Frauenklinik beider Standorte beschäftigten Ärzte haben vollständig an der Schulung teilgenommen.

Unterteilt wurde die Schulung in vier Schulungstage, die innerhalb von vier Wochen stattfanden. Der erste Schulungstag wurde den Teilnehmern als ein acht stündiger Workshop über das Thema „Psychoonkologische Aspekte in der Kommunikation mit Krebspatienten und deren Angehörigen“ angeboten. Die darauffolgenden drei Schulungstage, die jeweils in drei Stunden aufgeteilt wurden, waren für die Teilnehmer obligat, um die Zertifikatweiterbildung zu erhalten. Die Themen „Frühe Integration der Palliativmedizin“ und „Tumorschmerztherapie“ wurden am zweiten Schulungstag bearbeitet.

Während des dritten Schulungstages wurden die Themen „Lokale palliativmedizinischen Strukturen“, „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ sowie „Symptomkontrolle bei gynäkologischen Palliativpatienten“ behandelt. Am letzten Schulungstag wurden die Themen „Pflegerische Aspekte“ wie Wundversorgung, Geruchsbildung und Kloakensituation sowie „Kommunikation zwischen den einzelnen Fachgruppen“ vertieft. Vorträge und Gruppenarbeiten wurden in das Programm integriert. Zusätzlich wurden Fallvorstellungen

konstruiert und der Austausch zwischen Pflegekräften und Ärzten in einer Diskussionsrunde gefördert. Die Einladung zur Schulung sowie das Schulungsprogramm der *ISPG* werden im Anhang aufgelistet. Evaluiert wurde die Inhouse-Schulung der Palliativmedizin in die Gynäkologie (*ISPG*) durch drei Fragebögen. Der erste Fragebogen wurde vor der Schulung (*ISPG-1*), der Zweite direkt nach der Schulung (*ISPG-2*) und der Dritte sechs Monate nach der Schulung (*ISPG-3*) verteilt. Die Fragebögen der *ISPG* werden im Anhang aufgelistet.

#### **4.2.1 Erhebungsinstrumente**

In diesem Abschnitt werden die Fragebogengestaltung und Aufbau sowie der Inhalt der einzelnen Fragebögen und ihre Datenanalyse erläutert.

##### **4.2.1.1 Fragebögen – Gestaltung und Aufbau**

Die Fragebögen der *ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3* wurden gemeinsam von der interdisziplinären palliativen-gynäkologischen Schulungsleitung Dr. med. R. Würstlein und Dr. med. B. Haberland als Word-Dokument erstellt. Die Fragebögen wurden vor der Schulung in papiergebundener Form an die Kursteilnehmer ausgehändigt. Zusätzlich wurde kurz nach sowie sechs Monate nach der Schulung eine Erinnerungs-E-Mail an die Teilnehmer verschickt, worin um eine zeitnahe Evaluation und Rückgabe des Fragebogens an die Schulungsleitung gebeten wurde. Der Fragebogen wurde im Anhang der E-Mail hinzugefügt. Bei Fragen bezüglich dem Inhalt der Fragebögen wurden die Teilnehmer gebeten, sich an die Schulungsleitung der Studie zu wenden.

Die Fragebögen wurden als teilstandardisiert, das heißt mit vordefinierten Antwortformaten sowie freien Antworten, konzipiert. Die Teilnehmer wurden gebeten die Fragebögen selbstständig und anonym auszufüllen. Eine bestimmte Dauer zum Ausfüllen der Fragebögen wurde nicht vorgegeben und die Teilnehmer durften ort- und zeitunabhängig den Fragebogen beantworten. Um den einzelnen Verlauf während der *ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3* zu gewährleisten, wurde jedem Teilnehmer eine Nummer zugeteilt. Eine Zuordnung der Fragebogennummer zum Namen des Teilnehmers fand nicht statt. Um die Beantwortung der Fragen zu erleichtern, wurde jeder Fragenkomplex mit einer kurzen Anleitung versehen. Der Fragebogen der *ISPG-1* beinhaltet insgesamt 17

Fragen, die größtenteils aus geschlossenen Fragen bestanden sowie in komplexere Fragestrukturen unterteilt wurden. Insgesamt wurden fünfzehn geschlossene Fragen integriert, die in zwei Einfachantworten, drei Mehrfachantworten, vier ja/nein-Fragen, vier Ratingskalen, einer Eingruppierungsfrage und einer Rangordnung gegliedert wurden. Zusätzlich wurden sechs Ergänzungsoptionen als leeres beschreibbares Feld eingefügt, sodass der Teilnehmer selbst eine Antwortkategorie hinzufügen konnte, falls diese nicht vorgegeben war. Außerdem wurden zwei offene Fragen gestellt, die eine individuell gestaltbare Antwort dem Teilnehmer ermöglichten und somit eine persönlichere Meinungsumfrage erfassten.

Der Fokus der Studie liegt auf der **Vorbereitung der Teilnehmer zu verschiedenen palliativmedizinischen Fertigkeiten**. Dieser Abschnitt wurde in *ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3* evaluiert, um die Einschätzung der eigenen Kompetenzen der Teilnehmer im Verlauf darzustellen.

In ***ISPG-1*** wurde der Fragebogen in vier Teile unterteilt und folgendermaßen gestaltet:

- I. a. Personengebundene Angaben
  - i. Fachgruppe
  - ii. Geschlecht
  - iii. Berufserfahrung
  - iv. Erfahrung in der gynäkologischen Onkologie
  - v. Art der Versorgung (ambulant, stationär)
- b. Motivation zur Teilnahme an der Fortbildung
- c. Vorkenntnisse im Bereich der palliativmedizinischen Betreuung
- II. **Vorbereitung auf die palliativmedizinischen Fertigkeiten**
  - i. **Palliative Versorgungsmöglichkeiten**
  - ii. **Alternative Applikationswege/-methoden**
  - iii. **Schmerztherapie bei Palliativpatienten**
  - iv. **Gastrointestinale Symptome bei Palliativpatienten**
  - v. **Pulmonale Symptome bei Palliativpatienten**
  - vi. **Umgang mit schlechten Nachrichten**

- III. a. Kommunikation zwischen der Frauenklinik und den Kooperationspartner des Klinikums
- b. Wünsche der Teilnehmer
- IV. a. Motivation zur Schulungsteilnahme
- b. Eigene Definition der Palliativmedizin in der Frauenklinik
- c. Anregungen und Kommentare

Die Fragebögen der **ISPG-2** und **ISPG-3** wurden identisch gestaltet. Beide bestehen aus zwei Ratingskalen und fünf offenen Fragen. Die Fragebögen wurden in folgende zwei Teile aufgebaut:

- I. a. **Vorbereitung auf die palliativmedizinischen Fertigkeiten**
  - i. **Palliative Versorgungsmöglichkeiten**
  - ii. **Alternative Applikationswege u. –methoden**
  - iii. **Schmerztherapie bei Palliativpatienten**
  - iv. **Gastrointestinale Symptome bei Palliativpatienten**
  - v. **Pulmonale Symptome bei Palliativpatienten**
  - vi. **Umgang mit schlechten Nachrichten**
- b. Bedürfnis weitere Kenntnisse zu erlangen
- II. a. Einstellungsänderungen nach der Schulung:
  - i. Versorgung von Palliativpatienten
  - ii. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
  - iii. Zusammenarbeit innerhalb der Frauenklinik
  - iv. Sonstiges
- b. Anregungen und Wünsche

## 4.2.2 Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung basiert auf dem Fragebogaufbau und den - bereits aufgelisteten - Teilbereichen. Die Wahl der Methode, die zur Datenerhebung angewandt wurde, unterscheidet sich durch die Art der Fragen – geschlossen oder offen - und wird in den folgenden Abschnitten dargestellt.

### 4.2.2.1 Auswertung der geschlossene Fragen

Die geschlossenen Fragen wurden mit Microsoft Office Excel 2012® ausgewertet. Unterschiedliche Diagramme wie Kreisdiagramme, gruppierte Säulendiagramme sowie Balkendiagramme wurden zur Veranschaulichung verwendet. Säulendiagramme wurden genutzt, wenn die Proportionen als Ganzes veranschaulicht werden sollte. Um verschiedene Rubriken zu vergleichen, wurden Säulen- und Balkendiagramme gewählt. Die Ratingskalen in Form von Likert-Skalen wurden in gestapelten Balkendiagrammen verdeutlicht, um einzelne Abstufungen der Skala im Diagramm darzustellen. Zusätzlich wurde ein Boxplot in die Studie integriert.

Die Einschätzung der eigenen Kompetenz zu den verschiedenen palliativmedizinischen Fertigkeiten wurde als geschlossene Frage mit sechs Teilfragen in Form einer Ratingskala im Teilbereich „**Vorbereitung auf die palliativmedizinischen Fertigkeiten**“ entwickelt. Die Ratingskala wurde - wie bereits erwähnt - in alle Fragebögen der *ISPG* integriert, um die jeweiligen Zeitpunkte der *ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3* zu vergleichen. Ob ein signifikanter Unterschied zwischen *ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3* vorliegt, wurde mithilfe SPSS® gemessen. Um ein geeignetes statistisches Verfahren auszuwählen, wurden zunächst die Gruppen- und Testvariable sowie die Verteilung identifiziert:

- *Testvariable*: Die Rating- bzw. 5-stufigen Likert-Skala wurde als eine **ordinale** Testvariable angenommen (Götze, Deutschmann et al. 2002).
- *Gruppenvariable*: Die Daten der rückläufigen Fragebögen, unterteilt in die drei Zeitpunkte der *ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3* stellen die Gruppenvariable dar. Im Verlauf der *ISPG-2* und *ISPG-3* fiel die rückläufige Fragebogenanzahl geringer und unterschiedlicher aus als in *ISPG-1*. Somit reduzierte sich eine Paarung der Stichprobe mit den

Messzahlen zu allen drei Zeitpunkten erheblich. Eine Paarung der rückläufigen Fragebogen derselben Teilnehmer war nur mit einem großen Verlust von Daten möglich, in denen Teilnehmer nur einen bzw. zwei Fragebogen zurückgaben. Um jedoch alle gesammelten Messzahlen zu verwenden, resultiert eine Stichprobe mit unterschiedlichem Umfang. Daher wurde die Gruppenvariable als **unabhängig** bzw. unverbunden angesehen (Matthäus 2007).

- Als Beispiel: Teilnehmer x beantwortete *ISPG-1* und *ISPG-3*, dagegen beantwortete Teilnehmer y nur *ISPG-1* und Teilnehmer z nur *ISPG-2*. Die Messzahlen der Gruppenvariable, das heißt die rückläufigen Fragebögen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten, wurden von unterschiedlichen Teilnehmern der Schulung abgegeben und sind somit nicht verbunden.
- *Verteilung*: Da eine ordinalskalierte Testvariable und eine kleine Stichprobe vorliegen, wird angenommen, dass die Variablen nicht an eine Verteilungsannahme gebunden sind und eine **nichtparametrische** bzw. verteilungsfreie Verteilung vorliegt (Hartung, Elpelt et al. 2005).

Aufgrund der oben genannten Charakteristika wurde nach einem nichtparametrischen Test gesucht, der mehr als zwei unabhängige Stichproben vergleicht. Ein geeigneter statistischer Signifikanztest, der keine Normalverteilung voraussetzt, stellt der Kruskal-Wallis-Test dar. Dieser Test prüft, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten von mehr als zwei unabhängigen Stichproben vorliegt (Abbildung 4) (Hartung, Elpelt et al. 2005).

Da der Mittelwert die Daten der 5-stufigen Likert-Skala in Bruchzahlen darstellt und im Gegensatz zum Median eine genauere Differenzierung ermöglicht, wird dieser im Verlauf angewendet. Trotz dass der Kruskal-Wallis-Test einen nichtparametrischer Signifikanztest darstellt, kann dieser neben dem Median auch den Mittelwert als Lageparameter in die Rechnung miteinbeziehen (Hirsig 1997, UZH 2010).



Die statistische Signifikanz wurde als p-Wert errechnet, der einen signifikanten Unterschied zwischen den gemessenen Zeiträumen (*ISPG-1*, *ISPG-2*, *ISPG-3*) prüft. Werte von unter 0,05 gelten als signifikant, unter 0,01 als sehr signifikant und unter 0,001 als hochsignifikant (IBE 2005).

↓

	Parametrisch (normalverteilt)	Nicht-parametrisch (nicht normal verteilt)
Vergleich von 2 unabhängigen Stichproben	t-Test	Mann-Whitney-U-Test
Vergleich von 2 abhängigen Stichproben	gepaarter t-Test	Wilcoxon, Paarvergleichstest
→ Vergleich von mehr als 2 unabhängigen Stichproben	einfaktorielle Varianzanalyse	Kruskal-Wallis-Test
Vergleich von mehr als 2 abhängige Stichproben	Varianzanalyse mit Messwiederholung	Friedman-Test

Abbildung 4: Parametrische und nicht-parametrische Tests (entnommen u. verändert aus: (IBE 2005))

#### 4.2.2.2 Auswertung der offenen Fragen

Die qualitative Inhaltsanalyse wurde für die Auswertung der offenen Fragen angewandt, um einen Zusammenhang zwischen den Antworten der Teilnehmer herzustellen und Gewichtungen zu bestimmten Aspekten klarzustellen. In Abbildung 5 werden die einzelnen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse aufgelistet und jeweils praxisnahe Beispiele genannt (Popay, Roberts et al. 2006).

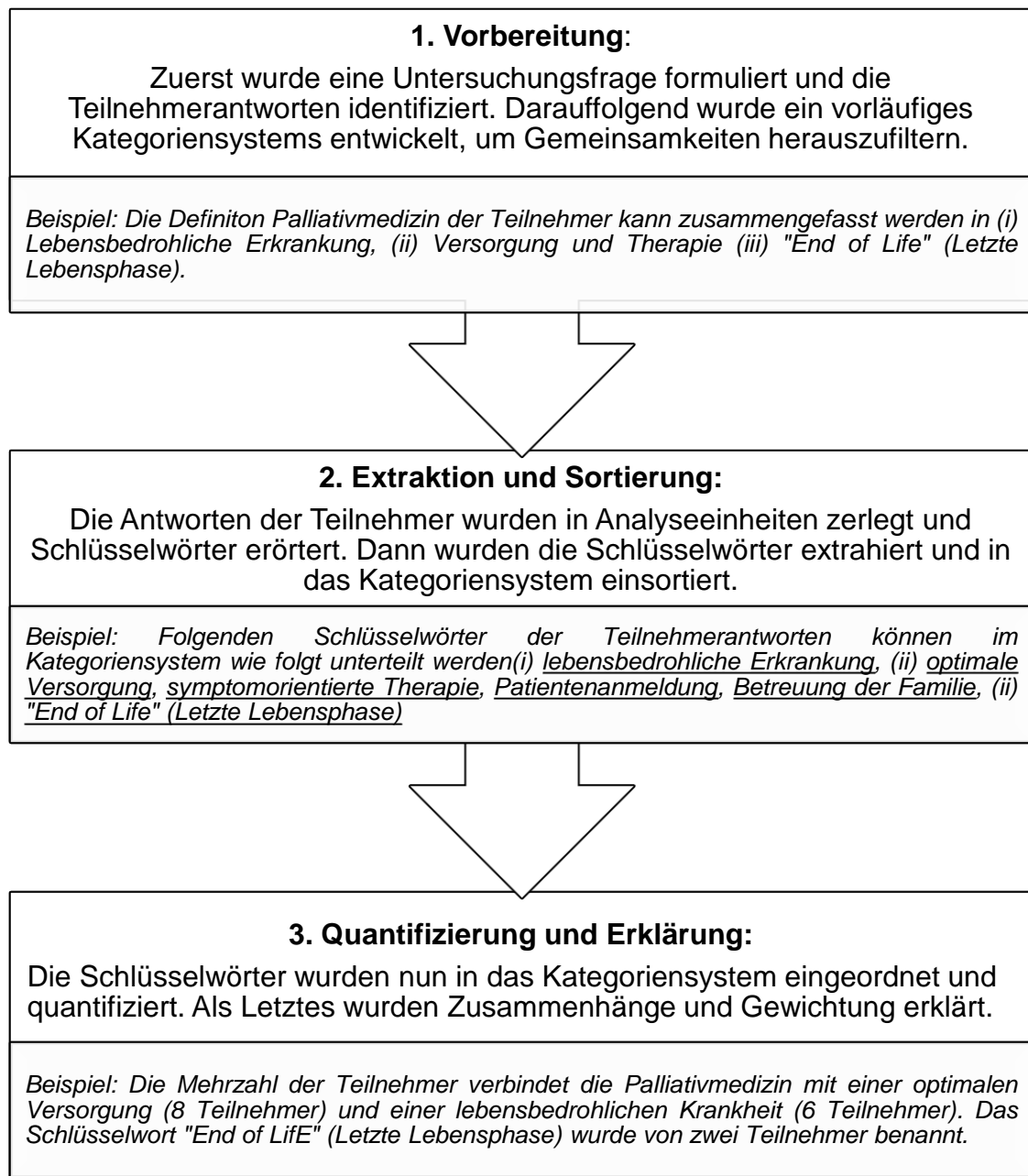


Abbildung 5: Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse (entnommen und bearbeitet aus (Popay, Roberts et al. 2006))

## 5 ERGEBNISSE

---

Die Ergebnisse wurden anhand des Ablaufes der Datenerhebung präsentiert. Beginnend wurde die Befragung der Bundes- und Landesärztekammern und darauffolgend wurden die Fragebögen der *ISPG* ausgewertet.

### 5.1 Befragung der Bundes- und Landesärztekammern

Der erste Abschnitt der Studie umfasst die Befragung der Bundes- und Landesärztekammern. Die Befragung erfasste die Anzahl der Gynäkologen, die die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in Deutschland bis zum Jahr 2012 (1) und im Jahr 2012 (2) ablegten. In diesem Abschnitt wurden zuerst die Antworten der einzelnen Bundes- und Landesärztekammern präsentiert. Danach wurde ein Bezug zu der Gesamtzahl der berufstätigen Gynäkologen/-innen in Deutschland sowie in den einzelnen Bundesländern hergestellt.

#### 5.1.1 Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Fachbereich Gynäkologie

16 von den insgesamt 17 Bundes- und Landesärztekammern antworteten auf die Befragung. Die Ärztekammer Bremen antwortete nicht. Aufgrund von Kapazitätsmangel konnte die Ärztekammer Baden-Württemberg keine Auskunft geben. Die Ärztekammer Hessen machte keine verwertbaren Angaben. Daher wurden Daten aus insgesamt 14 von den 16 Antworten der insgesamt 17 Bundes- und Landesärztekammern in die Bewertung miteingeschlossen.

In Abbildung 6 wird die Anzahl der Gynäkologen, die die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis zum Jahr 2012 ablegten, in einer Deutschlandkarte veranschaulicht und in die einzelnen Bundesländer aufgeteilt. Bis zum Jahr 2012 (1) legten insgesamt 124 Gynäkologen die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin den Landesärztekammern in Deutschland ab. Bei den Prüfungen im Jahr 2012 (2) erhielten insgesamt 15 Gynäkologen den Zusatz Palliativmedizin (Abbildung 7). Bis zum Jahr 2012 (1) wurden die meisten Gynäkologen (n=18) in Niedersachsen und Sachsen gefolgt von Bayern (n=11), Nordrhein (n=10), Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (jeweils n=8) in Palliativmedizin geprüft. Die wenigsten Prüfungen zur Zusatzweiterbildung

Palliativmedizin fanden in Berlin (n=6), Rheinland-Pfalz (n=6), Brandenburg (n=5), Westfalen-Lippe (n=4), Hamburg (n=3) und Saarland (n=1) statt.

Im Jahr 2012 (2) wurden die meisten Gynäkologen (n=4) in Bayern und Schleswig-Holstein (n=3) zur Prüfung zugelassen. Die wenigsten Prüfungen fanden in Niedersachsen, Nordrhein, Sachsen (jeweils n=2) und in Brandenburg (n=1) statt. In sieben Bundesländern fand im Jahr 2012 keine Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin für den Facharzt für Gynäkologie statt.



Abbildung 6: Deutschlandkarte mit der Anzahl (n) der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis zum Jahr 2012 in den einzelnen Bundesländern ablegten (n.a.= nicht angegeben).

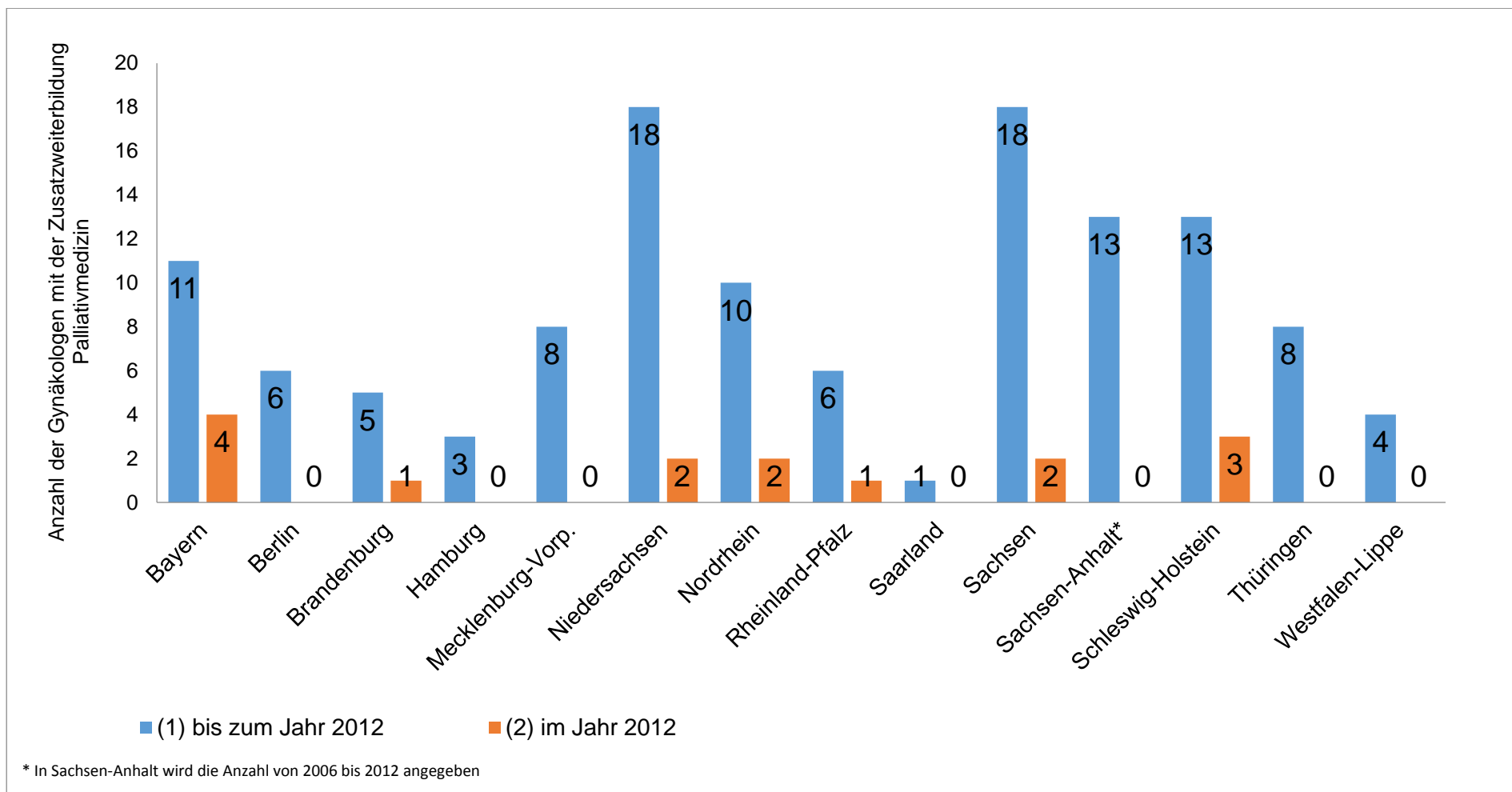


Abbildung 7: Anzahl der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis zum Jahr 2012 (1) sowie im Jahr 2012 (2) ablegten (Die Ärztekammern Hessen, Bremen und Baden-Württemberg gaben keine Auskunft).

### 5.1.2 Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in Relation zu der Gesamtzahl der berufstätigen Gynäkologen in Deutschland

Um die Anzahl der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ablegten, in Relation zu der Gesamtzahl der berufstätigen Gynäkologen in Deutschland zustellen, wurde zunächst die Gesamtzahl der Fachärzte für Gynäkologie in den einzelnen Bundesländern ermittelt. Die Gesamtzahl der Fachärzte für Gynäkologie in den einzelnen Bundesländern nach dem Stand vom 31.12.12 von der GBE wurde in Tabelle 2 dargestellt (GBE 2014).

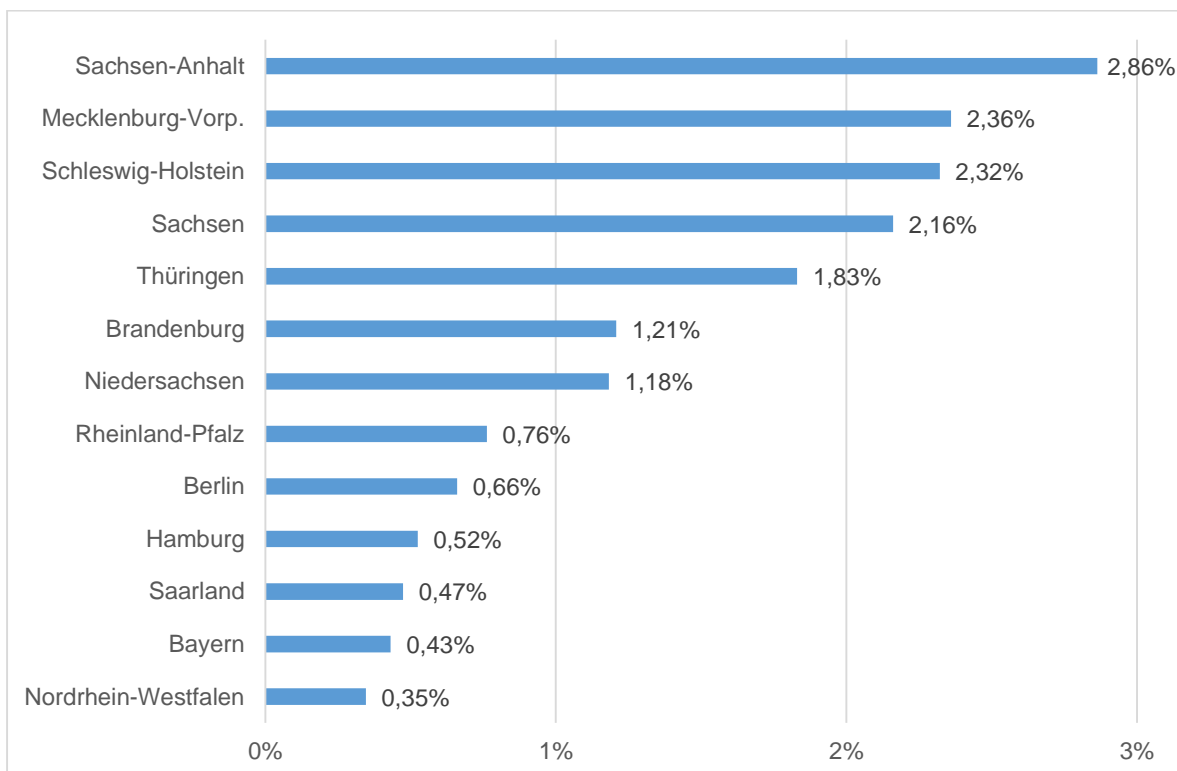
*Tabelle 2: Anzahl der berufstätigen Fachärzte für Gynäkologie in den Bundesländern zum Stichtag vom 31.12.12.*

<b>Bundesland</b>	<b>Anzahl der berufstätigen gynäkologischen Fachärzte</b>
Nordrhein-Westfalen	4.050
Bayern	2.550
Baden-Württemberg	2.278
Niedersachsen	1.522
Hessen	1.214
Berlin (bis 1990 nur Berlin-West)	909
Sachsen	833
Rheinland-Pfalz	787
Hamburg	572
Schleswig-Holstein	560
Sachsen-Anhalt	454
Thüringen	437
Brandenburg	414
Mecklenburg-Vorpommern	399
Saarland	211
Bremen	207
<b>Insgesamt sind in Deutschland 17.337 gynäkologische Fachärzte berufstätig</b>	

## Ergebnisse

In Deutschland legten bis zum Stichtag 31.12.12 mindestens 0,72% der insgesamt 17.337 berufstätigen Gynäkologen die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bei den befragten Landes- und Ärztekammern ab. Die Zahl wurde durch die 124 Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis zum Jahr 2012 ablegten, in Relation zu der Gesamtzahl von 17.337 berufstätigen Gynäkologen in Deutschland ermittelt.

In Relation zu der Gesamtzahl der berufstätigen Gynäkologen in den einzelnen Bundesländern, haben mit über 2% die meisten Gynäkologen, die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in Sachsen-Anhalt (2,7%), Mecklenburg-Vorpommern (2,4%), Schleswig-Holstein (2,3%) und Sachsen (2,2%) abgelegt. Im mittleren Bereich liegen die Bundesländer Thüringen (1,8%), Brandenburg (1,2%) und Niedersachsen (1,2%). Unter 1% der berufstätigen Gynäkologen, der einzelnen Bundesländer, haben in Rheinland-Pfalz (0,8%), Berlin (0,7%), Hamburg (0,5%), Saarland (0,5%) und Bayern (0,4%) und Nordrhein-Westfalen (0,4%) die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin abgelegt (Abbildung 8).



*Abbildung 8: Anzahl der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis zum Jahr 2012 ablegten, in Relation zu der Gesamtzahl der berufstätigen Gynäkologen in den Bundesländern (Die Ärztekammern Hessen, Bremen und Baden-Württemberg gaben keine verwertbare Auskunft).*

## 5.2 Auswertung der ISPG

Der zweite Abschnitt der Studie widmet sich den Ergebnissen der Fragebögen aus *ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3* mittels statistischer Datenerhebung. Analog dem Verlauf vor, direkt nach und sechs Monate nach der Schulung wurden die Fragebögen ausgewertet und vorgestellt.

### 5.2.1 Auswertung der ISPG-1

Der Fragebogen der *ISPG-1* wurde an alle 31 Kursteilnehmer vor Beginn des ersten Schulungstages am 23.2.2013 in schriftlicher Form ausgehändigt. 27 Teilnehmer bewerteten den Fragebogen und gaben diesen an die Schulungsleitung per Hauspost des Universitätsklinikums München zurück. Folglich ergab sich eine Rücklaufquote von 87,1%. Im Folgenden werden die personengebundenen Angaben hinsichtlich Geschlecht und Fachgruppe, Berufserfahrung, Erfahrung in der gynäkologischen Onkologie sowie Art der Versorgung ausgewertet. Des Weiteren werden Vorkenntnisse, Motivation und Wünsche der Teilnehmer und die Kommunikation zwischen den Kooperationspartnern am KUM und innerhalb der Frauenklinik analysiert.

#### 5.2.1.1 Geschlecht und Fachgruppe

Insgesamt nahmen 14 (52%) weibliche und sieben (26%) männliche Teilnehmer an der *ISPG* teil. Sechs Teilnehmer (22%) machten keine Angaben zum Geschlecht. Sieben Pflegekräfte (26%), elf Assistenzärzte (41%), acht Oberärzte (29%) und ein Teilnehmer (3%) ohne Berufsangaben befanden sich unter den Kursteilnehmern (Abbildung 9).

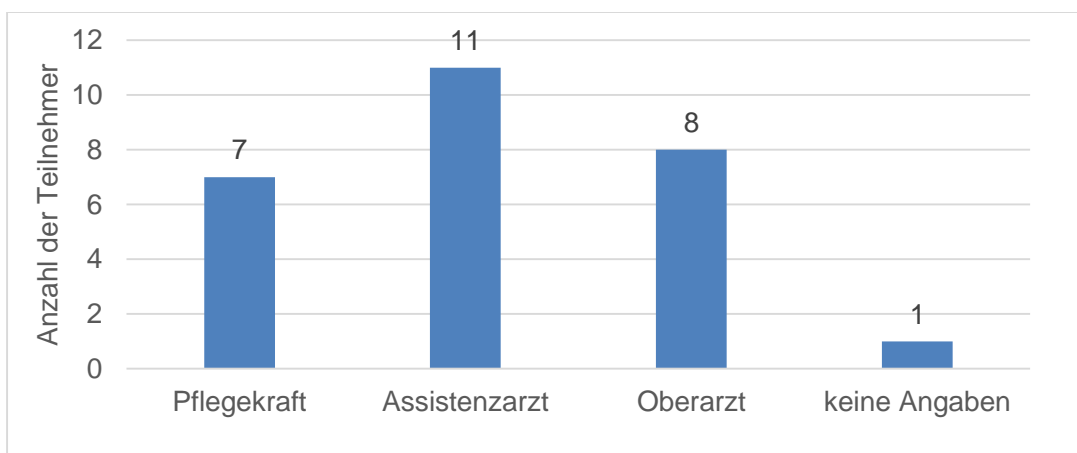


Abbildung 9: Berufsgruppeneinteilung der Teilnehmer



### 5.2.1.2 Berufserfahrung

22 Teilnehmer (81% der rückläufigen Fragebögen) gaben die Anzahl der Jahre ihrer Berufserfahrung an. Die Frage wurde als eine Eingruppierungsfrage entwickelt und in folgende drei Zeiträumen der Berufserfahrung unterteilt:

- a. < 5 Jahre
- b. 6 - 9 Jahre
- c. > 10 Jahre

Über die Hälfte der Teilnehmer (55%, n=12), die die Frage beantworteten, hatte über zehn Jahre Berufserfahrung. Ein Drittel (32%, n= 7) hatte unter fünf Jahre Berufserfahrung. Zwischen sechs und neun Jahren Berufserfahrung hatten die wenigsten Teilnehmer (13%, n=3) (Abbildung 10).

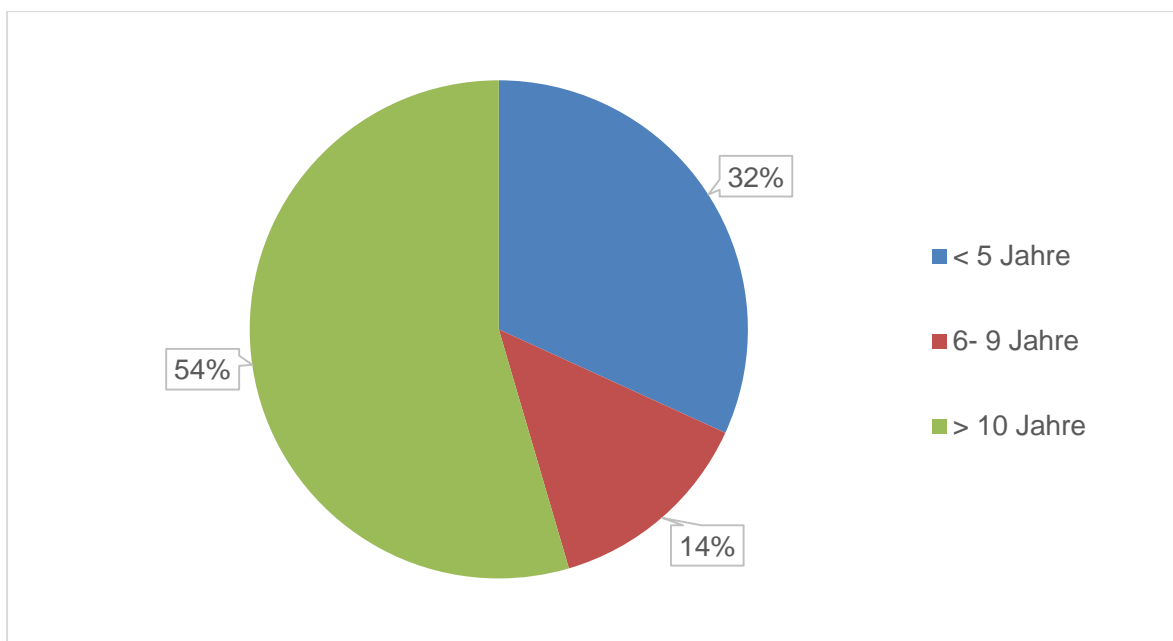


Abbildung 10: Berufserfahrung der Teilnehmer

Um die Berufserfahrung unter den Berufsgruppen zu vergleichen, wurde die Berufserfahrung für die einzelnen Berufsgruppen (Pflegekraft, Assistenzarzt und Oberarzt) errechnet. Die Mehrheit der Pflegekräfte (23% der Antworten, n=5) und der Oberärzte (27%, n=6) verfügte über zehn Jahre Berufserfahrung. Unter fünf Jahre Berufserfahrung hatte die Mehrheit der Assistenzärzte (27%, n=6) (Abbildung 11).

## Ergebnisse

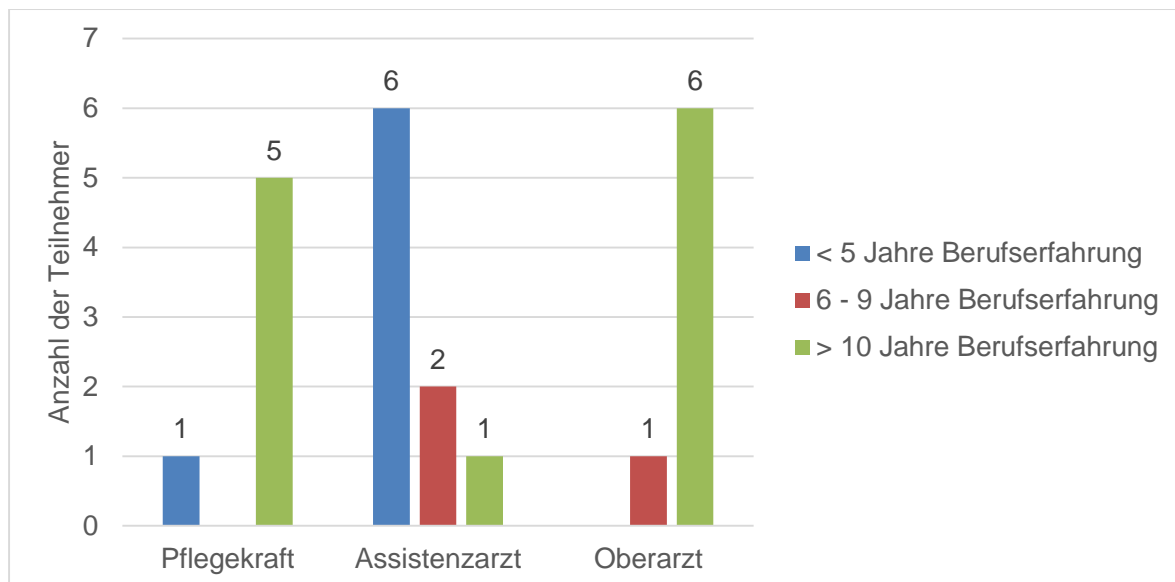


Abbildung 11: Berufserfahrung der Teilnehmer in Bezug zur ihrer Berufsgruppe

### 5.2.1.3 Erfahrungen in der gynäkologischen Onkologie

Die Themenstellung „Erfahrung in der gynäkologischen Onkologie“ wurde als offene Frage konzipiert. Dem Teilnehmer wurde angeboten selbständig die Anzahl der Jahre mit Erfahrung in der gynäkologischen Onkologie anzugeben. Um einen guten Überblick der Lagestreuung zugeben, wurde die Materie in Form eines Boxplot grafisch dargestellt. Maximal hatten die Teilnehmer 23 Jahre Erfahrung in der gynäkologischen Onkologie, im Median fünf Jahre und minimal ein halbes Jahr (Abbildung 12).

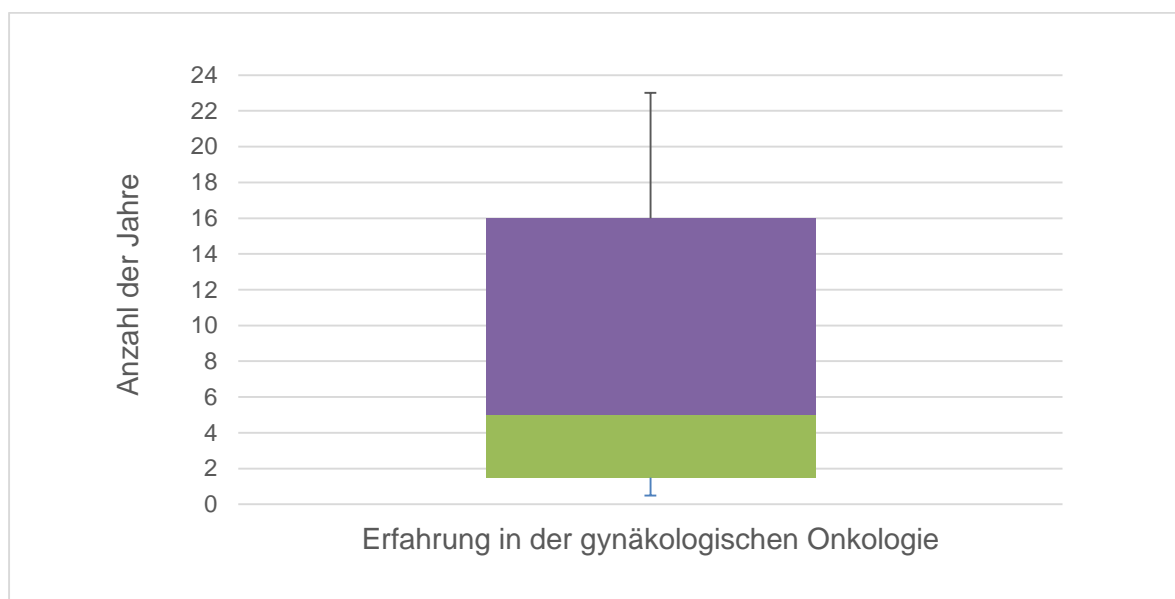


Abbildung 12: Erfahrung der Teilnehmer in der gynäkologischen Onkologie in Jahren

#### 5.2.1.4 Stationäre und ambulante Versorgung

Ärzte und Pflege sind in der Frauenklinik des KUM sowohl stationär oder/und ambulant tätig. Die Versorgungsart wurde als eine Ja-/Nein-Frage im Fragebogen erörtert und es wurde nach stationärer sowie ambulanter Versorgung gefragt. Zusätzlich wurde bei diesem Teilbereich, falls die Frage mit Ja beantwortet wurde, die Anzahl der ambulant betreuten Patienten mit einer fortgeschrittenen bzw. metastasierten Erkrankung als Zusatz ermittelt. 21 Teilnehmer machten Angaben zur stationären Versorgung, wovon 17 Teilnehmer (82% der Antworten) onkologische Patienten stationär versorgten. Maximal wurden zehn fortgeschrittene metastasierte Patienten pro Monat und minimal ein Patient versorgt. Sechs Patienten wurden im Durchschnitt stationär versorgt. Die Frage bezüglich der ambulanten Versorgung wurde von 20 Teilnehmern beantwortet, davon betreuten 17 Teilnehmer (85% der Antworten) ambulant. Maximal werden pro Monat 50 Patienten, minimal zwei Patienten und im Durchschnitt 19 Patienten mit einer fortgeschrittenen bzw. metastasierten Erkrankung ambulant betreut (Abbildung 13).

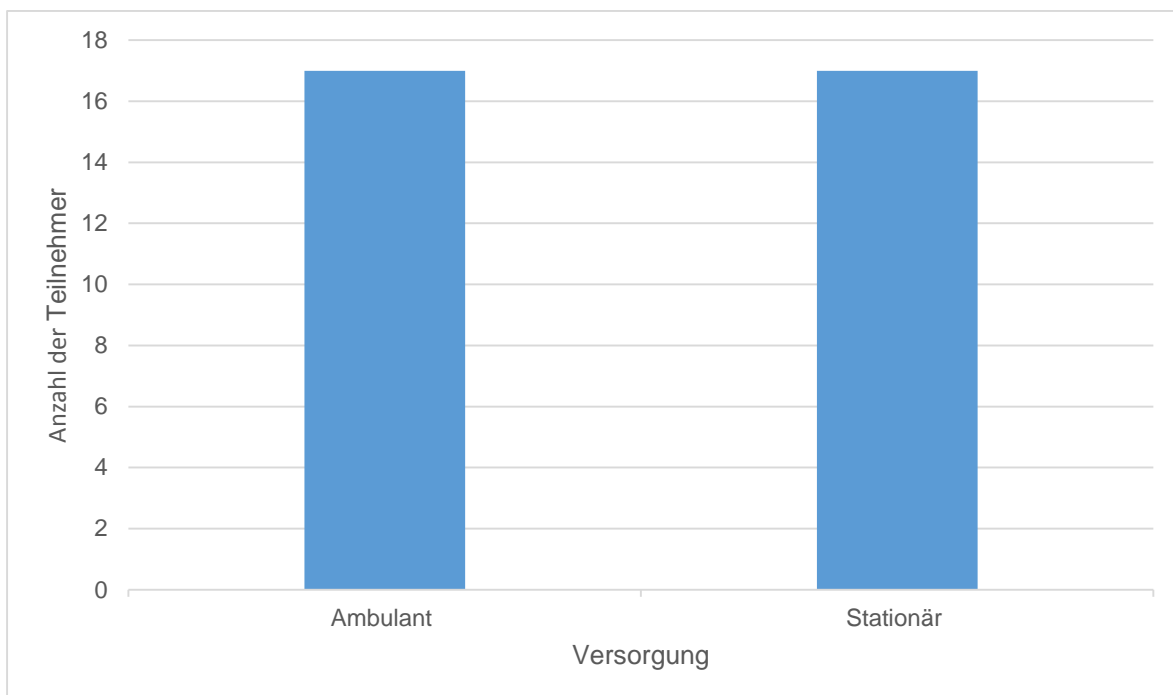


Abbildung 13: Anzahl der Teilnehmer, die stationär und/oder ambulant fortgeschrittene metastasierte Patienten betreuen.

### 5.2.1.5 Motivation zur Teilnahme an der ISPG

Die Motivation zur Schulungsteilnahme wurde innerhalb zwei Fragenkomplexe, jeweils mit sieben Teilfragen, thematisiert. Die persönlichen, zur Teilnahme führenden Ziele wurden im ersten Fragenkomplex evaluiert. Der zweite Komplex erörtert die Rahmenbedingungen der Schulung, die die Teilnehmer veranlasste, an der Inhouse-Schulung am Klinikum teilzunehmen.

Die persönliche Motivation der Kursteilnehmer wurde im ersten Fragenkomplex thematisiert und als Mehrfachnennung aufgebaut (Abbildung 14). Die meisten Teilnehmer (96% der rückläufigen Fragebögen, n=26) wurden durch eine Kompetenzerweiterung im Beruf sowie durch den Bereich der medizinischen Versorgung motiviert. Die wenigsten Teilnehmer (37%, n=10) motivierte die eigene Betroffenheit im familiären Umfeld.

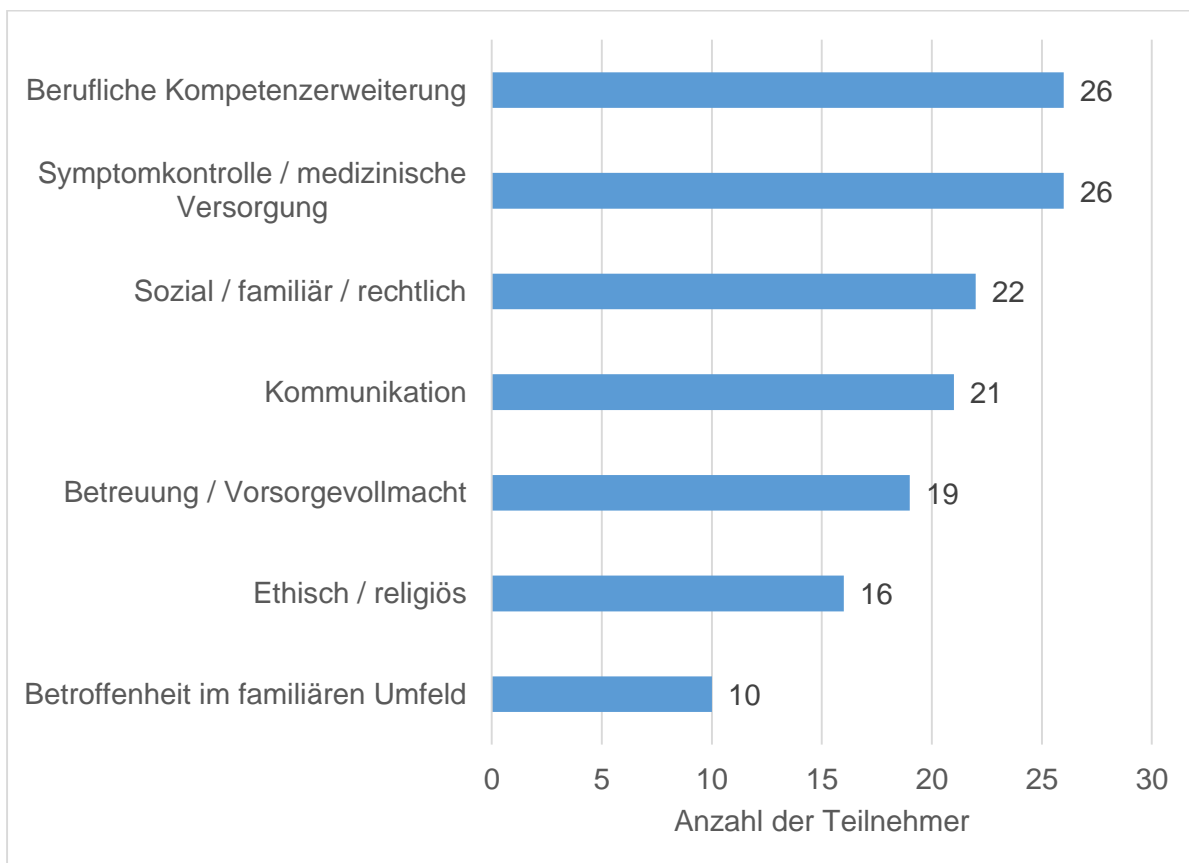


Abbildung 14: Persönliche Motivation der Teilnehmer, die zur Schulungsteilnahme führte

## Ergebnisse

Die Motivation, bedingt durch die äußeren Rahmenbedingungen der ISPG, wurde im zweiten Fragenkomplex evaluiert. Eine 3-stufige Likert-Skala (1= am wenigsten, 3=am meisten) wurde konzipiert und die Ergebnisse als gestapeltes Balkendiagramm (100%) dargestellt. Das gestapelte Balkendiagramm wurde angewandt, um die einzelnen Stufen der Likert-Skala zu visualisieren. Erörtert wurde in diesem Teil die Motivation zur Schulungsteilnahme und beinhaltet äußere Rahmenbedingungen der Schulung.

Insgesamt beantworteten 22 Teilnehmer alle Teilfragen, wovon die meisten Teilnehmer (73% der Antworten, n=16) durch die Themenauswahl der Schulung motiviert wurden. Motiviert wurde die Hälfte der Teilnehmer (50%, n=11) durch eine persönliche Einladung und das Angebot der Schulung am KUM. Am wenigsten motivierte die Teilnehmer (27%, n=6) das kostenneutrale Angebot (Abbildung 15).

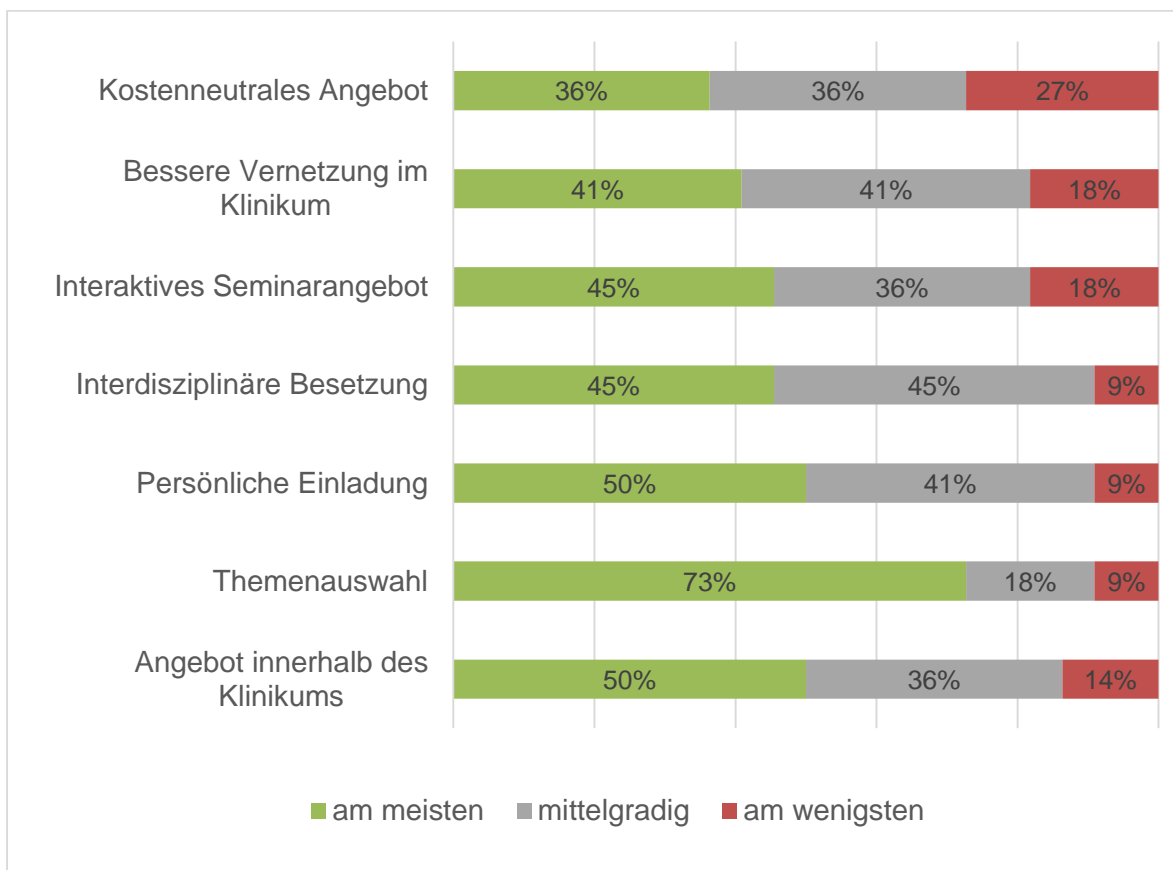


Abbildung 15: Rahmenbedingungen der Schulung, die zur Schulungsteilnahme motivierten

### 5.2.1.6 Vorkenntnisse im Bereich der palliativmedizinischen Betreuung

Bestehende Kenntnisse vor der Schulung im Bereich der palliativmedizinischen Betreuung wurden durch eine Ja-/Nein-Frage erarbeitet. Zusätzlich wurde eine Frage in Form einer Mehrfachnennung gestellt, um bereits bekannte Vorkenntnisse in der palliativen Betreuung zu ermitteln.

27 Teilnehmer beantworteten die Frage, wovon 21 Teilnehmer (77% der Antworten) bereits Vorkenntnisse besaßen. Vorkenntnisse erlangten über die Hälfte dieser Teilnehmer (56% der Antworten, n=15) durch ihren Berufsalltag, gefolgt von Fortbildungsveranstaltungen (44%, n=12) und persönliche Erfahrungen im Familien- oder Freundeskreis (37%, n=10). Die Wenigsten erlangten ihre Vorkenntnisse durch ihr Selbststudium (11%, n=3) (Abbildung 16). Als offene Zusatzfrage gaben zwei Teilnehmer an, durch ihr Humanmedizinstudium Vorkenntnisse erworben zu haben.

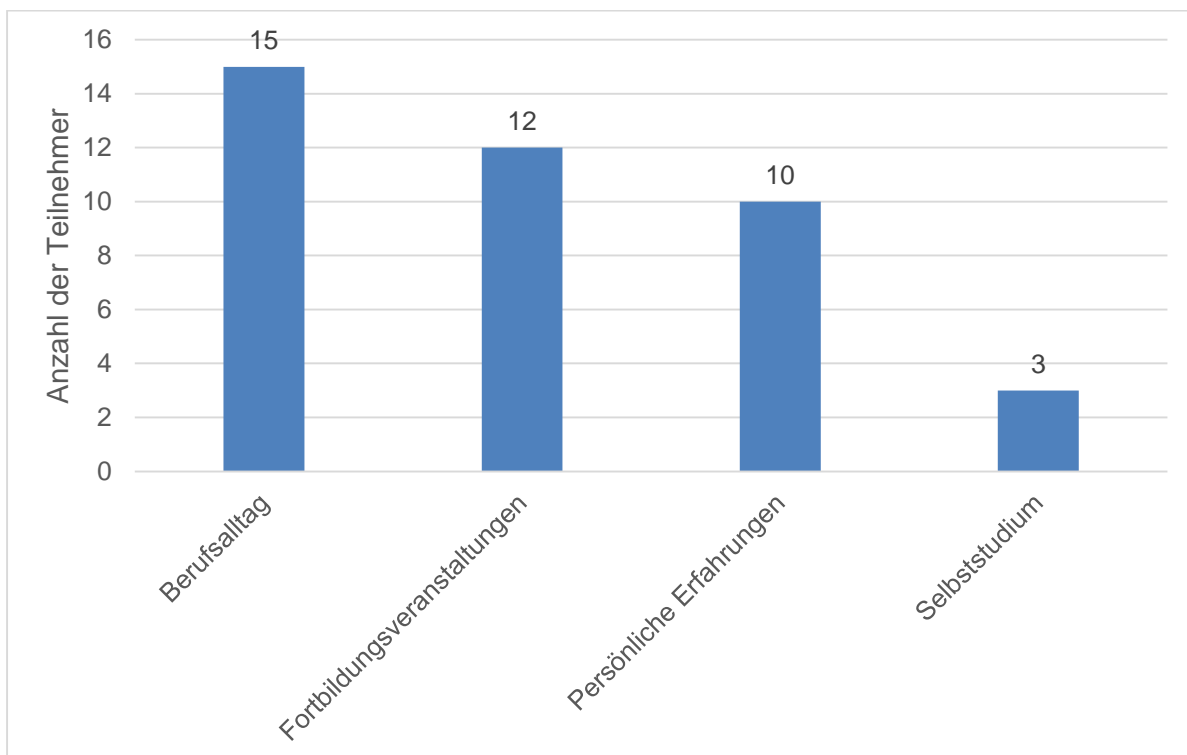


Abbildung 16: Kenntnisse im Bereich Palliative Care vor der Schulung

### 5.2.1.7 Kommunikation zwischen den Kooperationspartnern des KUM

Ein Fragenkomplex mit zehn Teilfragen wurde als 4-stufige Likert-Skala (1= sehr gut bis 4=schlecht) konzipiert, um die Kooperationspartner am KUM zu evaluieren. Die folgenden zehn Teilfragen wurden in den Fragenkomplex integriert: externe Fachärzte, Hausärzte, Angehörige, Seelsorge, Psychoonkologie, Sozialdienst, Überleitungsmanagement, die SAPV und die Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin am KUM. Das Überleitungsmanagement vermittelt zwischen dem niedergelassenen und stationären Arzt und leistet Hilfestellung, wie z.B. bei der Überführung des Patienten nach einem stationären Klinikaufenthalt zurück in die häusliche Umgebung (Ballsieper, Reibnitz 2012). Bei der zehnten Teilfrage sollte der Teilnehmer eine Benotung zur Kooperation einer weiteren Gruppe geben und diese selbstständig nennen. Diese Teilfrage wurde von keinem Teilnehmer beantwortet und aus der Auswertung entnommen. Insgesamt wurde der Fragenkomplex von 24 Teilnehmer beantwortet, wovon über die Hälfte die Psychoonkologie (54% der Antworten, n=13) als einen sehr guten Kooperationspartner bewertete. Ebenfalls wurde die Seelsorge von der Hälfte der Teilnehmer (50%, n=12) als sehr gut evaluiert. Zudem erhielten die SAPV und die Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin am KUM eine gute bzw. keine schlechte Beurteilung. Dagegen wurde eine schlechte Kooperation den externen Fachärzten (17% der Antworten, n=4), Hausärzten (13%, n=3), Angehörigen (4%, n=1), dem Sozialdienst (4%, n=1) und Überleitungsmanagement (4%, n=1) zugesprochen (Abbildung 17).

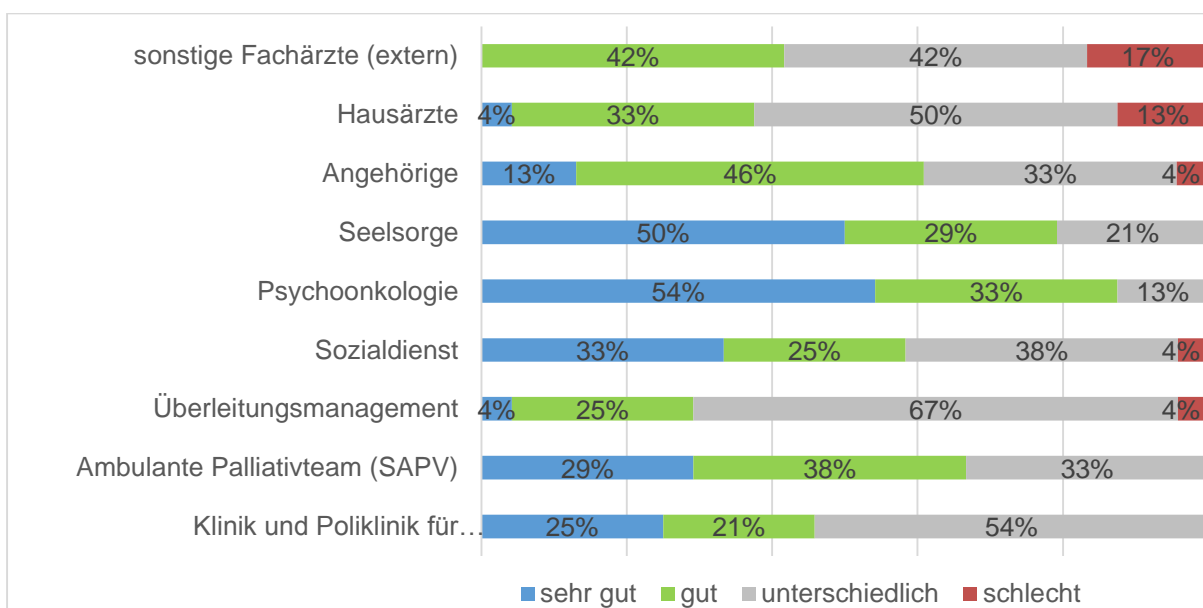


Abbildung 17: Beurteilung der Kooperationspartner am KUM

## Ergebnisse

Zusätzlich wurde nach einer Rangordnung der oben genannten Teilfragen gefragt, mit der Bitte die drei wichtigsten Kooperationspartner mit Verbesserungswünschen zu notieren. Diese Frage wurde aus der Auswertung entnommen, da nur zwei Teilnehmer diese Frage vollständig beantwortet haben und vier Teilnehmer unvollständig. Diese Aussagen wurden daher als nicht repräsentativ angesehen.

### 5.2.1.8 Kommunikation innerhalb der Frauenklinik

Die Beurteilung der Kommunikation zwischen verschiedenen Gruppen in der Frauenklinik wurde als Nächstes analysiert. Die Frage wurde als eine 4-stufige Likert-Skala mit fünf Teilfragen erstellt. Insgesamt antworteten 26 Teilnehmer, wovon zwei Teilnehmer nicht eindeutig alle Teilfragen beantworteten und somit aus der Auswertung ausgeschlossen wurden. Die Kommunikation zwischen der Station und der Ambulanz sowie der onkologischen Tagesklinik wurde von der Mehrheit der Teilnehmer (58% der Antworten, n=14) als gut bis sehr gut beurteilt. Kein Teilnehmer bewertete die Kommunikation zwischen diesen Beteiligten als schlecht. Als gut bis sehr gut wurde von der Hälfte der Teilnehmer (50%, n=12) die Kommunikation zum einen zwischen Pflege und Ärzten und zum anderen zwischen dem Behandlungsteam und Angehörigen sowie Patienten gewertet. Knapp darunter bewerteten 46% (n=11) der Teilnehmer die Kommunikation zwischen Behandlungsteam und anderen Berufsgruppen als gut bis sehr gut. Fast die Hälfte der Teilnehmer bewertete die Kommunikation zwischen den genannten Gruppen als unterschiedlich oder schlecht (Abbildung 18).

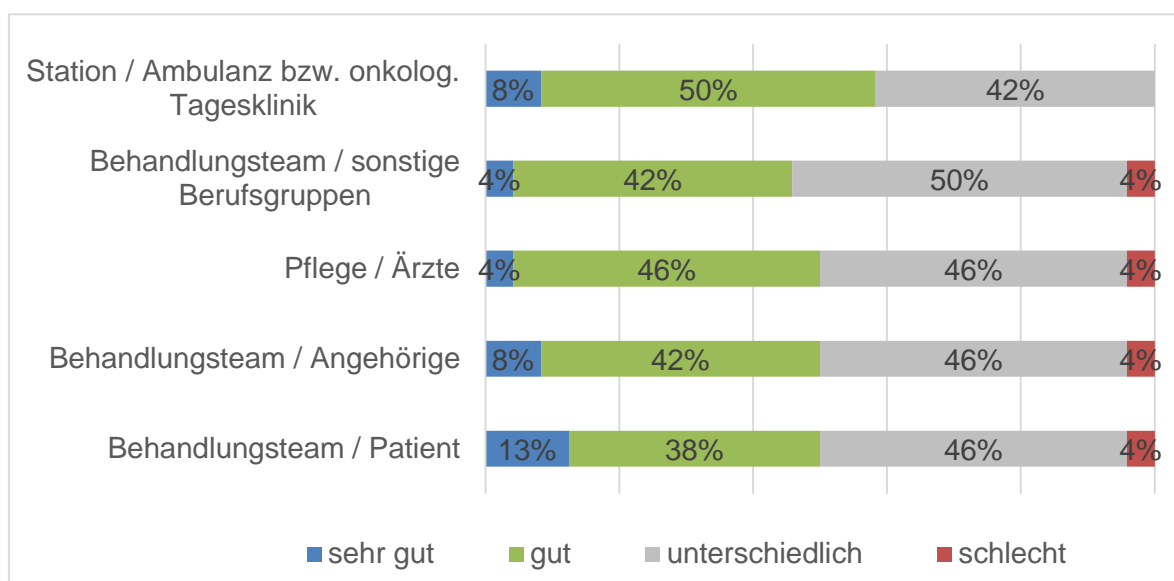


Abbildung 18: Beurteilung der Kommunikation in der Frauenklinik



### 5.2.1.9 Wünsche der Teilnehmer

Als Mehrfachnennung mit fünf Teilfragen wurde die nächste Frage bezüglich der Wünsche im Berufsalltag gestaltet. Insgesamt antworteten 25 Teilnehmer. Über drei Viertel der Teilnehmer, die die Frage beantworteten, wünschten sich eine fallbezogene nachträgliche Supervision (96% der Antworten, n=24), einen Standard bezüglich Reanimationseintrag (88%, n=22) und nachträgliche Falldiskussion (80%, n=20), zum Beispiel im Rahmen der Übergabe oder Morbiditätskonferenz. Die Teilnehmer sahen einen geringen Bedarf in der Verbesserung von Dokumentation (60%, n=15) sowie regelmäßigen Supervisionen (64%, n=16) (Abbildung 19).

In diesem Bereich wurde eine offene Zusatzfrage bezüglich Vorschläge zur Verbesserung von Übergabe, Dokumentation und Kommunikation gestellt. Ein Teilnehmer wünschte sich eine Standardvorgehensweise bei den Gesprächen und der Dokumentation.

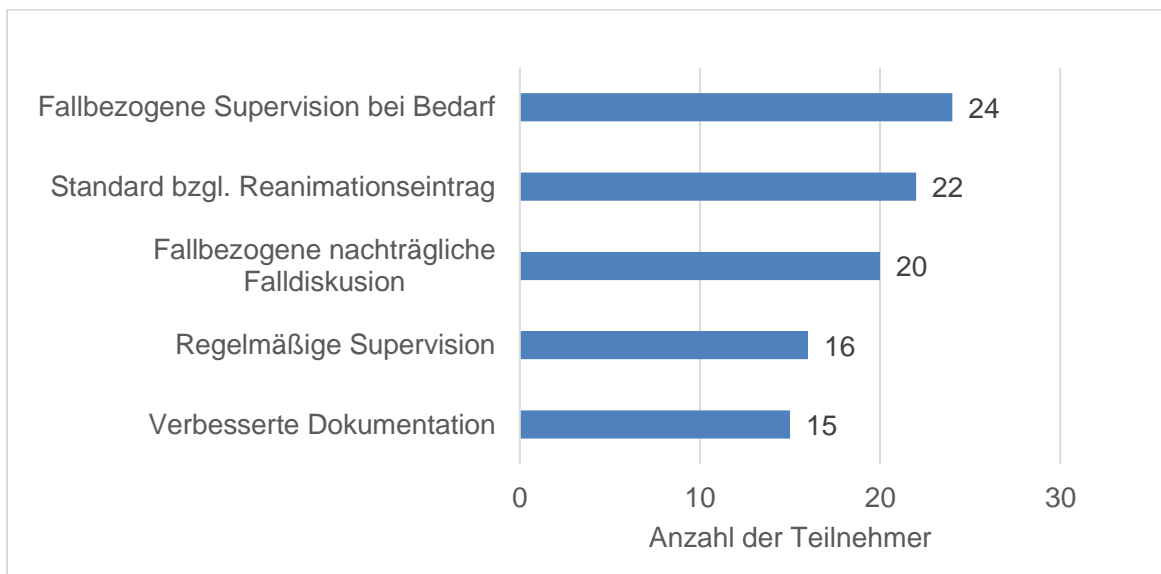


Abbildung 19: Wünsche der Teilnehmer in der palliativmedizinischen Betreuung

Der Fragenkomplex bezüglich der Vorbereitung auf die palliativmedizinischen Fertigkeiten wird sowohl in *ISPG-1* als auch in *ISPG-2* und *ISPG-3* identisch in den Fragebogen integriert. Der Grund dafür ist die Darstellung der Kompetenz der Teilnehmer in der palliativmedizinischen Betreuung im Verlauf vor, direkt nach und sechs Monate nach der Schulung. Die Ergebnisse werden daher separat unter dem

## Ergebnisse

Abschnitt „ISPG-1, ISPG-2 und ISPG-3: Einschätzungen der Kompetenzen zu verschiedenen palliativmedizinischen Fertigkeiten“ im Folgenden präsentiert.

### 5.2.1.10 Definition der Teilnehmer zur Palliativmedizin

In ISPG-1 wurde eine offene Frage bezüglich der eigenen Definition der Palliativmedizin der Teilnehmer gestellt. Das Kategoriensystem ist in Tabelle 3 dargestellt. Die folgenden Nennungen gehen auf n=10 (38% der rückläufigen Fragebögen) zurück. 17 Teilnehmer (63% der rückläufigen Fragebögen) machten keine Angaben. „Optimale Versorgung und Betreuung“ wurde als Schlüsselwort von acht Teilnehmern und „Lebensbedrohliche Erkrankung“ von sechs Teilnehmern (80% der Antworten) genannt. Drei Teilnehmer (30% der Antworten) assoziieren Palliativmedizin mit einer „symptomorientierender Therapie“. Das Schlüsselwort „End of Life“ wurde von zwei Teilnehmern (20% der Antworten) erwähnt. Ein wichtiger Begriff für einen Teilnehmer (10% der Antworten) war zusätzlich die „Betreuung der Familie“. Ein Teilnehmer (10% der Antworten) verknüpft das Thema Palliativmedizin in der Frauenklinik mit der „Anmeldung in der Schmerzambulanz, Anbindung an den ambulanten Palliativdienst und Verlegung auf die Palliativstation“.

*Tabelle 3: Schlüsselwörter der Definition der Palliativmedizin in der Frauenklinik*

<b>Schlüsselwörter der Definition Palliativmedizin in der Frauenklinik</b>	<b>Zahl der Nennungen</b>
Optimale Versorgung und Betreuung	8
Lebensbedrohliche Erkrankung	6
Symptomorientierte Therapie	3
„End of Life“ (Letzte Phase des Lebens)	2
Patienten Anmeldung	1
Betreuung der Familie	1

Die letzte offene Frage der *ISPG-1* diente als Feedback zum Fragebogen und wurde von den Kursteilnehmern nicht beantwortet, deshalb wurde diese Frage in der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt.

### 5.2.2 Auswertung der *ISPG-2* und *ISPG-3*

Die Fragebögen der *ISPG-2* und *ISPG-3* wurden vor der Schulung am 23.2.2013 in schriftlicher Form ausgehändigt. Rückläufig waren 20 Fragebögen der *ISPG-2*, wobei diese von 64,5% der Teilnehmer evaluiert wurden. Per E-Mail wurde der Fragebogen der *ISPG-3* erneut am 25.8.2013 an alle Kursteilnehmer versendet, mit der Bitte den Fragebogen auszufüllen und zurück zugeben sowie dem Angebot bei Unstimmigkeiten die Schulungsleitung zu kontaktieren. 14 Fragebögen wurden zurückgegeben, hierbei liegt die Rücklaufquote bei 45,2%.

Die Auswertung der **offenen Fragen** wurde im Folgenden aufgelistet. Die Lernerfolge und die Einstellungsänderungen der Teilnehmer in *ISPG-2* und *ISPG-3* wurden ermittelt und zusammen dargestellt. Dadurch soll ein besserer Überblick vermittelt werden. Erörtert wurden Einstellungsänderungen der Teilnehmer nach der Schulung über die Bereiche „Versorgung von Patienten am Lebensende“, „Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen“, „Zusammenarbeit innerhalb der Frauenklinik“ sowie „sonstige Einstellungsänderungen“. Die Auswertung der **geschlossenen Fragen** in *ISPG-2* und *ISPG-3* wurde - wie bereits erwähnt - analog zur *ISPG-1* ein Fragenkomplex konzipiert, um die Vorbereitung der Teilnehmer auf die palliativmedizinischen Fertigkeiten im Verlauf zu evaluieren. Die Ergebnisse wurden im unteren Abschnitt „Einschätzungen der Kompetenzen zu verschiedenen palliativmedizinischen Fertigkeiten in *ISPG-1*, *-2* und *-3*“ vorgestellt. Weitere geschlossene Fragen wurden nicht in *ISPG-2* und *ISPG-3* integriert.

#### 5.2.2.1 Einstellungsänderung in der Versorgung von Patienten am Lebensende

In *ISPG-2* wurde eine Einstellungsänderung im Bereich Palliativversorgung bei acht Teilnehmern festgestellt. Bei fünf Teilnehmern fand keine Einstellungsänderung statt. Diese Nennungen beziehen sich auf n=13 (65% der rückläufigen Fragebögen), sieben Teilnehmer (35% der rückläufigen Fragebögen) machten keine Angaben. In *ISPG-3* gaben fünf Teilnehmer an, ihre Einstellung bezüglich der Versorgung von Patienten am Lebensende geändert zu haben. Dagegen fand bei zwei Teilnehmern keine Einstellungsänderung statt. Diese Nennung bezieht sich auf n=7 (50% der rückläufigen Fragebögen), sieben Teilnehmer (50% der rückläufigen Fragebögen) antworteten nicht. In *ISPG-2* tun sich drei Teilnehmer bei der Entscheidungsfindung für

## Ergebnisse

Therapieoptionen leichter, zwei Teilnehmer fühlen sich im Umgang mit Palliativpatienten sicherer, ein Teilnehmer hat seine Einstellung in Richtung einer früheren Einbeziehung der Palliativmedizin geändert. In *ISPG-3* möchte ein Teilnehmer eher den Patientenwunsch akzeptieren, auch wenn dieser nicht konform der medizinischen Vorstellungen ist (Tabelle 4).

*Tabelle 4: Einstellungsänderung in der Versorgung von Patienten am Lebensende*

<b>Einstellungsänderung in der Versorgung von Patienten am Lebensende</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Entscheidungsfindung	3
Umgang mit Palliativpatienten	2
Akzeptanz des Patientenwunsches	1
Zeitpunkt der Einbeziehung der Palliativmedizin	1

### **5.2.2.2 Einstellungsänderung in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen**

Elf Teilnehmer gaben an, dass sie ihre Einstellung gegenüber der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen nach der Schulung geändert haben. Insbesondere wurde eine verbesserte Einstellung gegenüber der ambulanten und stationären palliativmedizinischen Poliklinik sowie der Schmerzambulanz sichtbar. Ein Teilnehmer berichtete, dass „durch die Schulung viele Barrieren in der palliativen Versorgung abgebaut wurden“. Die Einstellung von zwei Teilnehmern blieb konstant, wobei geschildert wurde, dass die bisherigen Erfahrungen mit dem Schmerzdienst und der palliativen Versorgung schon immer gut gewesen seien. Insgesamt beantworteten 13 Teilnehmer (65% der rückläufigen Fragebögen) die Frage, sieben Teilnehmer (35% der rückläufigen Fragebögen) machten keine Angaben. In *ISPG-3* berichteten weiterhin sieben Teilnehmer (50% der rückläufigen Fragebögen) eine verbesserte Einstellung. Sieben weitere Teilnehmer (50% der rückläufigen Fragebögen) gaben keine Auskunft.

### **5.2.2.3 Einstellungsänderung in der Zusammenarbeit innerhalb der Frauenklinik**

Innerhalb der Frauenklinik gaben sechs Teilnehmer an, ihre Einstellung in *ISPG-2* gegenüber der Zusammenarbeit mit Kollegen durch die Schulung geändert zu haben. Zwei Teilnehmer berichteten von einer intensivierten Zusammenarbeit. Ein Teilnehmer schrieb, dass er „durch den Kurs inspiriert sei, häufiger Patienten mit mehreren Kollegen zu diskutieren“. Ein anderer Teilnehmer hat seine Einstellung gegenüber der Zusammenarbeit in der Frauenklinik auch nach der Schulung beibehalten. Insgesamt antworteten elf Teilnehmer (55% der rückläufigen Fragebögen). Vier Antworten konnten nicht gewertet werden, da die Teilnehmer die Frage nicht präzise beantwortet haben. Neun Teilnehmer (45% der rückläufigen Fragebögen) antworteten nicht. In *ISPG-3* beantworteten diese Frage fünf Teilnehmer, jedoch waren nur zwei Antworten verwertbar, die beide ihre Einstellung gegenüber der Zusammenarbeit in der Frauenklinik veränderten.

#### 5.2.2.4 Anregungen und Kommentare

Die Kategorie „Sonstiges“ und „Anregungen und Kommentare“ wurde zusammen analysiert, da in diesen Kategorien ähnliche Angaben gemacht wurden. Die Wünsche und Anregungen wurden allgemein aus der ISPG-2 und ISPG-3 gesammelt. 13 lobende Äußerungen wurden über den Kurs gemacht und in Tabelle 5 dargestellt. Vier Verbesserungsvorschläge wurden geäußert und in der Tabelle 6 kategorisiert.

*Tabelle 5: Positive Anmerkungen über die Schulung.*

<b>Positive Anmerkungen / Lob</b>	<b>Zahl der Nennungen</b>
Vielen Dank für die Fortbildung!	7
Unbedingt einen Folgekurs!	2
Mein vorhandenes Wissen konnte ich auffrischen und erweitern.	1
Durch die Schulung mehr Klarheit über existente Strukturen im Klinikum und Zuordnung Namen zu Gesichtern.	1
Eine Fortbildung, an die ich immer wieder zurück denke - im positiven Sinne.	1

*Tabelle 6: Vorschläge zu einer Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung.*

<b>Vorschläge</b>	<b>Zahl der Nennungen</b>
Optimierung durch...	
... einen konsiliarischen Palliativdienst am Standort Innenstadt/Maistraße.	1
... Einbeziehung Fachenglisch in der Schulung.	1
... ein Supervisionsangebot für eigene Psychohygiene.	1
... kontinuierliche Schulungsangebote besonders für junge Kollegen.	1

### 5.3 Einschätzungen der Kompetenzen zu verschiedenen palliativmedizinischen Fertigkeiten in *ISPG-1,-2 und-3*

Dieser Abschnitt soll die zweite Kernfrage der Studie durch die Evaluation der Einschätzung der Teilnehmer bezüglich ihrer Kompetenzen zu verschiedenen palliativmedizinischen Fertigkeiten im Verlauf erörtern.

Tabelle 8 veranschaulicht den Fragenkomplex „Vorbereitung auf die palliativmedizinischen Fertigkeiten“, der in folgende acht Teilbereiche aufgeteilt ist:

- 1) Vorbereitung **insgesamt** auf die Palliativmedizin
- 2) palliative Versorgungsoptionen
- 3) alternative Applikationswege
- 4) Schmerztherapie
- 5) Gastrointestinale Symptomtherapie
- 6) Pulmonale Symptomtherapie
- 7) Wundversorgung
- 8) Umgang mit der Vermittlung von schlechten Nachrichten (Breaking Bad News)

Der Mittelwert (1=nicht, 2=schlecht, 3=mittelmäßig, 4=gut bis 5=sehr gut vorbereitet) und die Standardabweichung wurden für jede Evaluation (*ISPG-1*, *ISPG-2*, *ISPG-3*) in den genannten Teilfragen errechnet. Die Standardabweichung beschreibt die durchschnittliche Abweichung vom Durchschnitt beziehungsweise die durchschnittliche Entfernung vom Mittelwert. Es wurde zwar von einer nichtparametrischen Verteilung ausgegangen, jedoch ermöglicht der angewendete Kruskal-Wallis-Test, als ein nichtparametrischer Signifikanztest, die Verwendung neben dem Median auch den Mittelwert als Lageparameter (Hirsig 1997, UZH 2010). Da der Mittelwert im Gegensatz zum Median die Daten der 5-stufigen Likert-Skala in Bruchzahlen darstellt und eine genauere Differenzierung ermöglicht, wurde dieser angewandt.

Um einen Unterschied zwischen den unterschiedlichen Zeitpunkt im Verlauf zu ermitteln, wurde zusätzlich die mittlere Abweichung von *ISPG-1* und *ISPG-2* sowie *ISPG-1* und *ISPG-3* errechnet. Untersucht wurde daher ob ein Unterschied besteht und wie groß dieser zwischen den Einschätzungen vor der Schulung und direkt nach der Schulung sowie vor der Schulung und sechs Monate nach der Schulung ist.

## Ergebnisse

Tabelle 7: Vorbereitung auf die palliativmedizinischen Fertigkeiten im Verlauf in ISPG-1, ISPG-2 und ISPG-3.

Teilfrage	ISPG-1 Mittelwert* (SD**)	ISPG-2 Mittelwert (SD)	ISPG-3 Mittelwert (SD)	Mittlere Abweichung ISPG-1 und - 2	Mittlere Abweichung ISPG-1 und - 3	P- Wert***
1. Insgesamt	2,63 (0,92)	4,11 (0,46)	4,07 (0,27)	+1,48	+1,34	<0,001
2. Palliative Versorgungsoptionen	2,48 (1,05)	4,50 (0,60)	4,28 (0,61)	+2,02	+1,80	<0,001
3. Alternative Applikationswege	2,52 (1,05)	4,00 (0,56)	4,31 (0,48)	+1,48	+1,79	<0,001
4. Schmerztherapie	2,96 (0,94)	4,35 (0,67)	4,14 (0,77)	+1,39	+1,18	<0,001
5. Gastrointestinale Symptomth.	3,15 (0,91)	4,40 (0,50)	4,21 (0,70)	+1,25	+1,06	<0,001
6. Pulmonale Symptomtherapie	2,56 (0,89)	4,05 (0,60)	3,85 (0,77)	+1,49	+1,29	<0,001
7. Wundversorgung	2,89 (1,12)	4,05 (0,69)	3,71 (0,61)	+1,16	+0,82	<0,001
8. Breaking Bad News	3,26 (0,94)	4,05 (0,60)	4,14 (0,66)	+0,79	+0,88	<0,01
<p>* Der Mittelwert zeigt die durchschnittliche Einschätzung der Teilnehmer auf einer Skala von 1 (nicht vorbereitet) bis 5 (sehr gut vorbereitet) zu den einzelnen Teilfragen.</p> <p>** Die SD (Standardabweichung) gibt die durchschnittliche Entfernung vom Mittelwert an.</p> <p>*** Der p-Wert gibt an, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den Einschätzungen in ISPG-1, -2 und -3 besteht. Die Errechnung erfolgte mithilfe des Kruskal-Wallis-Test, der &gt;2 unabhängigen Stichproben vergleicht und als nicht-parametrischen Test neben dem Median auch den Mittelwert als Lageparameter anwenden kann (siehe Kap. 4.2).</p>						



## Ergebnisse

Der erste Teilbereich „Vorbereitung **insgesamt** auf die Palliativmedizin“ wurde zunächst separat evaluiert, um einen generellen Überblick zu verschaffen. In *ISPG-1* benoteten fünf Teilnehmer (17% der rückläufigen Fragebögen) ihre Kompetenz zur Vorbereitung insgesamt auf der Palliativmedizin als nicht vorbereitet, fünf (17%) als schlecht vorbereitet, vierzehn (54%) als mittelmäßig vorbereitet, drei (12%) als gut vorbereitet und keiner als sehr gut vorbereitet. In *ISPG-2* bewertete ein Teilnehmer (5% der rückläufigen Fragebögen) seine Kompetenz als mittelmäßig, sechzehn (79%) als gut und drei (16%) als sehr gut vorbereitet. In *ISPG-3* schätzten dreizehn (93% der rückläufigen Fragebögen) Teilnehmer ihre Kompetenz als gut vorbereitet und einer (7%) als sehr gut vorbereitet ein. Nach der Schulung evaluierte keiner der Teilnehmer seine Kompetenz als schlecht vorbereitet.

Die Einschätzungen in den weiteren Teilbereichen werden nun im Verlauf (*ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3*) beschrieben. In *ISPG-1* wurden solide Einschätzungen, die um den Mittelwert von 3 liegen und in der Ratingskala als „mittelmäßig vorbereitet“ verschlüsselt sind, in der Kontrolle von gastrointestinalen Symptomen (Mittelwert von 3,15), im Umgang mit schlechten Nachrichten (3,26) und in der Schmerztherapie (2,96) gemacht.

In *ISPG-2* und *ISPG-3* zeigte sich in allen Teilbereichen eine verbesserte Einschätzung der Kompetenz. In *ISPG-2* wurden die besten Einschätzungen zu den palliativen Versorgungsmöglichkeiten (Mittelwert von 4,5), zur gastrointestinalen Symptom- (4,4) und Schmerztherapie (4,35) gemacht. Der größte Fortschritt wurde ebenfalls in der palliativen Versorgungsmöglichkeiten (Mittlere Abweichung von +2,02) sowie in der pulmonalen Symptomtherapie (+1,49) gesehen. In *ISPG-3* zeigte sich weiterhin eine beständige Verbesserung. Zusätzlich bewerteten die Teilnehmer ihre Kompetenz zu alternativen Applikationswegen (Mittelwert von 4,31) als gut vorbereitet und einer mittleren Abweichung von +1,79 wurde erzielt. Wenig Verbesserung durch die Schulung sahen die Teilnehmer in der Wundversorgung (+0,82) und im Umgang mit der Vermittlung von schlechten Nachrichten (+0,88). Ein sehr signifikanter Unterschied ( $p < 0,01$ ) in *ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3* wurde im Teilbereich „Umgang mit der Vermittlung von schlechten Nachrichten“ ermittelt. In den weiteren Teilbereichen wurde ein hochsignifikanter P-Wert von  $< 0,001$  errechnet (Tabelle 7).

### 5.3.1.1 Einschätzungen innerhalb der Berufsgruppen

Die Vorbereitung insgesamt auf die Palliativmedizin wurde als Mittelwert für die einzelnen Berufsgruppen in *ISPG-1*, *ISPG-2* und *ISPG-3* analysiert.

In *ISPG-1* bewerteten die Assistenzärzte ihre Kompetenzen in der palliativmedizinischen Betreuung als schlecht vorbereitet (Mittelwert von 2,4), die Pflegekräfte (3) und Oberärzte (2,9) als mittelmäßig vorbereitet. In *ISPG-2* tendierten die Assistenzärzte zu einer verbesserten Vorbereitung in der palliativmedizinischen Betreuung und bewerteten ihre Fähigkeiten als gut vorbereitet (4). Die Pflegekräfte (4,17) sowie Oberärzte (4,2) schätzten ihre Fähigkeit als gut vorbereitet ein. Weiterhin verblieb in *ISPG-3* die Einschätzung der Oberärzte (4,25) und der Assistenzärzte (4) konstant bei gut vorbereitet. Die Einschätzung der Pflegekraft sank leicht auf einen Mittelwert von 4, aber verbleibt weiterhin als gut vorbereitet (Abbildung 20).

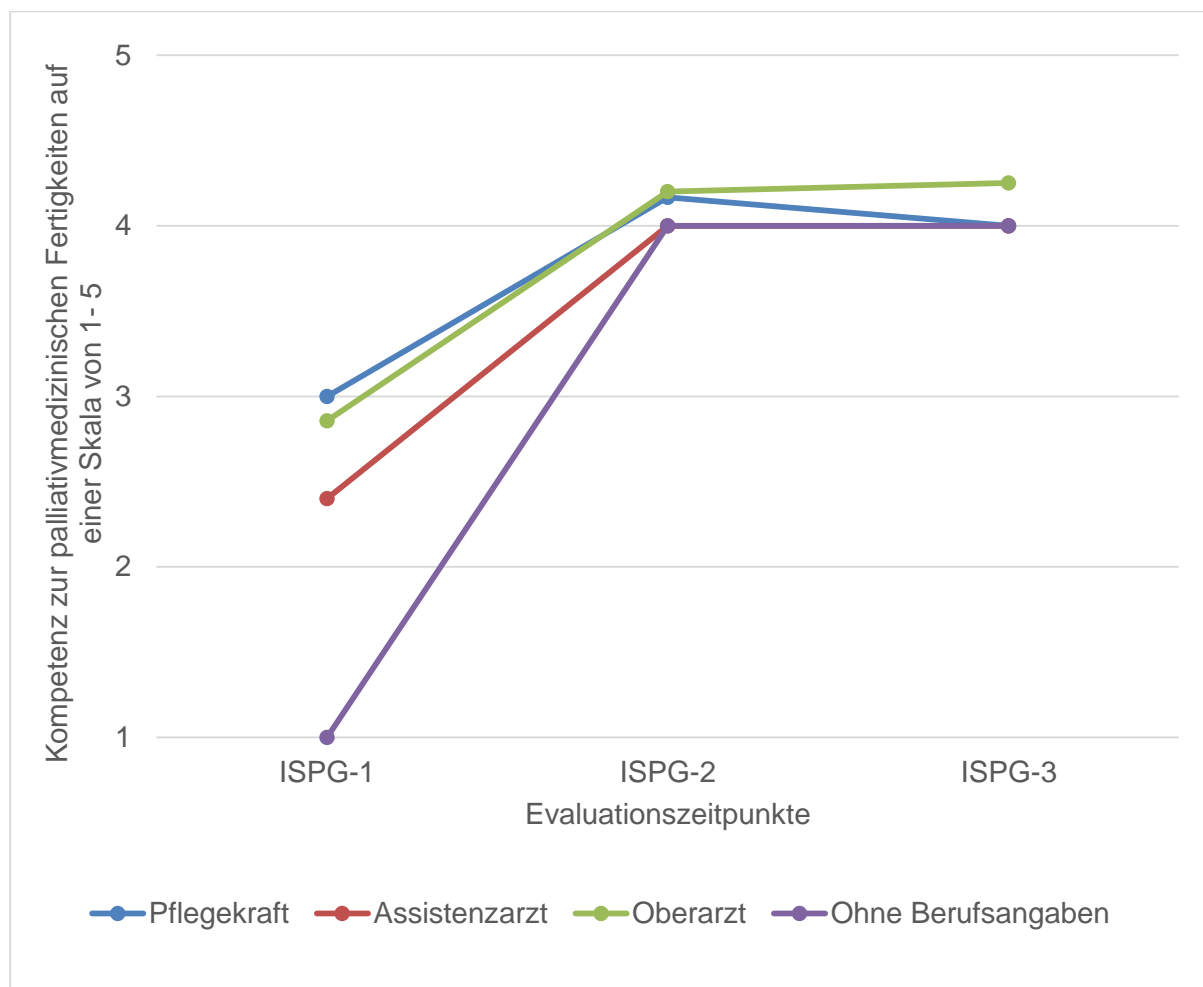


Abbildung 20: Einschätzung der Berufsgruppen insgesamt bezüglich ihrer Kompetenzen zu palliativmedizinischen Fertigkeiten (Skala 1=nicht vorbereitet, 2=schlecht vorbereitet, 3=mittelmäßig vorbereitet, 4= gut vorbereitet, 5=sehr gut vorbereitet)

## **6 DISKUSSION**

Die Diskussion beinhaltet die Darstellung und Beurteilung der Hauptergebnisse sowie die Limitationen und Einschränkungen der Studie. Des Weiteren werden Fragen diskutiert, die durch die Studie aufgeworfen wurden. Im Fazit und Ausblick werden die gewonnenen Erkenntnisse auf die Praxis übertragen und deren Effekt auf die Versorgungsforschung erklärt.

### **6.1 Darstellung und Beurteilung der Hauptergebnisse**

#### **6.1.1 Befragung der Bundes- und Landesärztekammer**

„Die politische und gesellschaftliche Debatte um einen angemessenen und würdigen Umgang mit unheilbar Erkrankten und Sterbenden wird derzeit intensiver denn je geführt.“ (KBV 2015) Ausgehend davon ist die palliativmedizinische Versorgung durch den primär behandelnden Arzt sehr wichtig, jedoch unter der Voraussetzung, dass dieser die Symptomkontrolle und Schmerztherapie in der Palliativversorgung beherrscht (Gaertner, Weingartner et al. 2013).

Unsere Befragung der Ärztekammern zeigte jedoch eine variierende Anzahl an abgelegten Prüfungen zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin speziell unter den Gynäkologen in Deutschland. Trotz hoher Zahlen von berufstätigen Gynäkologen, wie in den Bundesländern mit hoher Bevölkerungsdichte wie in Bayern und in Nordrhein-Westfalen, zeigte sich in Relation dazu eine relativ kleine Anzahl an abgelegten Prüfungen der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin unter den Gynäkologen. Dagegen legten dennoch mehrere Gynäkologen in den Bundesländern, mit einer kleineren Anzahl an berufstätigen Gynäkologen, wie Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Sachsen, die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ab. Es besteht bundesweit ein erheblicher Unterschied, der besonders in den Bundesländern mit höherer Anzahl an berufstätigen Gynäkologen komprimiert werden müsste. Diese Lücke kann man dadurch erklären, dass zum einen die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin hochspezifisch ist und zum anderen die Weiterbildung mit hohen Kosten und Zeitaufwand verbunden ist. Hinzukommt, dass die Abrechnung in den Praxen und somit die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin als nicht lukrativ erscheint (Grischke 2008).

Daneben sind Kliniken eher operativ ausgerichtet und Weiterbildungen in der Behandlung, Diagnostik und Therapie werden eher gefördert (Buss, Lessen et al. 2007). Um die Lücke zu schließen und die palliativmedizinischen Kompetenzen in den Frauenkliniken und CCCs zu fördern, bieten sich neben der palliativmedizinischen Fachausbildung Schulungen vor Ort an, wie das Modellprojekt bereits zeigte. Anzustreben sind multiprofessionelle und interdisziplinäre Schulungen, um eine bestmögliche palliativmedizinische Versorgung den Patienten anzubieten (Weissman, Block et al. 1999).

### **6.1.2 Definition der Teilnehmer zur Palliativmedizin**

Unter dem Begriff der Palliativmedizin verstand vor der *ISPG* die Mehrheit der Teilnehmer eine optimale Versorgung einer lebensbedrohlichen, fortgeschrittenen Erkrankung. Hier ist zu sehen, dass die Auffassung der Teilnehmer über die Palliativmedizin konform der Definition der WHO ist. Somit bestand bereits ein allgemeines Grundverständnis über die Palliativmedizin vor der *ISPG*. Ein Teilnehmer dagegen definierte die Palliativmedizin als „die Anmeldung in der Schmerzzambulanz, Anbindung an den ambulanten Palliativdienst und Verlegung auf die Palliativstation“. Es ist eine eher distanzierte Haltung zur Palliativmedizin, da nur der Krankenhausablauf beschrieben wurde und wie der Teilnehmer einen Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung „weitervermitteln“ würde. Das Ziel der *ISPG* ist, Teilnehmer mit bereits vorhandene Wissen über die Palliativmedizin zu fördern sowie besonders die Teilnehmer ohne Bezug zur Palliativmedizin zu schulen und auf die palliativmedizinische Betreuung vorzubereiten.

### **6.1.3 Stationäre und ambulante Versorgung**

Die Anzahl an ambulant behandelnden Gynäkologen in der *ISPG* am KUM ist identisch mit der Anzahl an stationär Behandelnden, dabei ist es wichtig Gynäkologen, die ambulant sowie stationär Patienten betreuen, in der Palliativmedizin aus-, fort- und weiterzubilden. Meist kann eine gut organisierte, adäquate ambulante Behandlung sowie die Einbeziehung eines ambulanten Palliative Care Teams zu geringeren Krankenhauseinweisungen führen. Dadurch wird ebenfalls der Wunsch des Patienten, in seiner vertrauten Umgebung weiterbehandelt zu werden, respektiert und gefördert. Dennoch sind aufgrund von akuter Krankheitsverschlechterung stationäre Aufenthalte unvermeidbar und bedürfen ebenfalls große Aufmerksamkeit (Freier and Maier 2007).

#### **6.1.4 Kooperationspartner und Kommunikation innerhalb der Frauenklinik**

Die Koordination mit Beteiligten und Kooperationspartnern der Palliativmedizin gehört zu den Aufgaben des Arztes (KBV 2015). Innerhalb der Frauenklinik am KUM sind verschiedene Beteiligte in der Palliativversorgung involviert. Durch die *ISPG* wurde ein verbessertes Verständnis unter den Teilnehmern über die verschiedenen Kooperationspartner erlangt und eine multiprofessionelle Zusammenarbeit gefördert. Die Teilnehmer berichteten, dass durch die Schulung viele Barrieren abgebaut werden konnten. Zusätzlich lobten die Teilnehmer, dass durch die Schulung ein besserer Überblick über die Kooperationspartner am KUM vermittelt wurde. Verbesserungspotential besteht jedoch weiterhin in der Kooperation mit Hausärzten und externen Fachärzten. Die Miteinbeziehung dieser externen Kooperationspartner in die Schulung könnte diskutiert werden. Dies würde auf der einen Seite die Kommunikation unter den Kooperationspartnern fördern, jedoch auf der anderen Seite die Kapazität und den Aufwand der Schulung enorm vergrößern.

Die Kommunikation innerhalb der Frauenklinik, besonders zwischen der Station und Ambulanz, wurde bereits in *ISPG-1* als gut bis sehr gut von den Teilnehmern beschrieben. Nur sehr wenige Teilnehmer bewerteten die Kommunikation zwischen Pflege und Ärzten, Behandlungsteam und Patienten bzw. Angehörigen sowie anderen Berufsgruppen als verbesserungsbedürftig. In *ISPG-2* und *ISPG-3* berichteten die Teilnehmer von einer intensivierten Zusammenarbeit und sind durch die *ISPG* inspiriert, häufiger Palliativpatienten mit Kollegen zu besprechen. Somit wurde die Kommunikation und aktive Zusammenarbeit durch die *ISPG* unter den Gynäkologen gefördert, was letztendlich auch positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat (Greer, Jackson et al. 2013).

### **6.1.5 Motivation, Wünsche und Vorkenntnisse der Teilnehmer**

Die hohe Teilnehmeranzahl an der Schulung ist auf das Interesse an der Thematik, der persönlichen Einladung sowie das Schulungsangebot an der eigenen Klinik zurückzuführen. Außerdem wurden die meisten Teilnehmer durch eine berufliche Kompetenzerweiterung sowie eine Verbesserung Ihrer Kenntnisse in der Symptomkontrolle motiviert an der Schulung teilzunehmen.

Um die Motivation zur Schulungsteilnahme zu fördern, könnte bei der Einladung zur Schulung besonders die Kompetenzerweiterung angesprochen und eine Liste von der Themenauswahl angehängt werden. Zusätzlich wünschten sich über 80% der Teilnehmer vor der Schulung eine fallbezogene nachträgliche Supervisionsangebote, einen Standard bezüglich dem Reanimationseintrag sowie eine nachträgliche Falldiskussion. Der Wunsch eines Supervisionsangebot am KUM bleibt noch nach der Schulung bestehen. Zusätzlich sollte dem Wunsch nachgegangen werden auch die Ärzte und Pflege mit einzubeziehen, die nur gelegentlich Palliativpatienten versorgten. Dadurch kann eine höhere Quote an Zufriedenheit unter den behandelnden Ärzten und Pflege erzielt werden. Wenig Bedarf sehen die Teilnehmer in einer verbesserten Dokumentation, dennoch wünscht sich ein Teilnehmer eine Standardvorgehensweise bei der Dokumentation. Sicherlich ist eine Vorgabe einer gut strukturierten Dokumentation von Vorteil. Zum einen werden Veränderung durch eine adäquate Symptomerfassung und -kontrolle erfasst und zum anderen sind Dokumentationen zur Reflexion eigenen Handels sowie zur Qualitätssicherung nötig. Daher sollten Ärzte und Pflege darin geschult werden, Maßnahmen und Therapien routine- und regelmäßig zu dokumentieren sowie eine Standardisierung der Dokumentation zu erlernen (Sabatowski, Maier et al. 2013).

Generell hatten über Dreiviertel der Teilnehmer bereits vor der Schulung Vorkenntnisse in der palliativmedizinischen Betreuung, wovon die meisten Teilnehmer ihr Wissen durch den Berufsalltag erlangten und Fortbildungsveranstaltungen erweiterten. Über die Hälfte der Teilnehmer änderte ihre Einstellung in der Versorgung von Patienten nach der *ISPG*. Die Teilnehmer berichteten von einer leichteren Entscheidungsfindung bei der Therapie und von einer früheren Einbeziehung der Palliativmedizin im Berufsalltag. Insgesamt herrscht eine hohe Akzeptanz der Teilnehmer zur Schulungsteilnahme. Kursteilnehmer zeichneten die Schulung als sehr gut aus, da vorhandenes Wissen nicht nur aufgefrischt sondern auch erweitert wurde.

### **6.1.6 Vorbereitung der Teilnehmer auf die Palliativmedizin**

Die personengebundenen Angaben der Teilnehmer zeigten, dass über die Hälfte, darunter die meisten Oberärzte und Pflegekräfte, über zehn Jahre Berufserfahrung hatten. Dagegen haben die Assistenzärzte vorwiegend unter fünf Jahre Berufserfahrung, was sicherlich eine typische Konstellation in den Kliniken darstellt.

Berücksichtigt werden muss, dass Assistenzärzte vor allem im stationären Bereich die täglichen Patientenaufgaben verrichten und parallel dazu im ständigen Kontakt zur Pflege und zu den anderen Fachdisziplinen stehen. Zudem scheint die Berufserfahrung und Berufsgruppe eine wichtige Rolle in der Einschätzung der Kompetenzen zuspielden. Vor der Schulung schätzten die Oberärzte und die Pflegekräfte, die vorwiegend eine langjährige Berufserfahrung angaben, bereits ihre Kompetenzen in der palliativmedizinischen Betreuung als insgesamt mittelmäßig vorbereitet ein, dagegen bewerteten die Assistenzärzte im Durchschnitt ihre Kompetenz schlechter. Durch die *ISPG* wurde ein Erfolg verzeichnet, da nach der *ISPG* alle Berufsgruppen eine deutlich verbesserte Einschätzung der Kompetenzen in der palliativmedizinischen Betreuung erzielten. Besonders zeichnete sich eine Verbesserung in den palliativen Versorgungs- und Applikationsmöglichkeiten sowie in der respiratorischen Symptomkontrolle aus. Dies zeigt, dass auf der einen Seite ein kleiner Fortschritt bei der Pflegekraft und den Oberärzten sowie auf der anderen Seite ein sehr großer Fortschritt bei den Assistenzärzten durch die *ISPG* erlangt wurde. Konsequenz ist, dass besonders Assistenzärzte in ihrer Weiterbildung zum Facharzt besonders in der palliativmedizinischen Betreuung vorbereitet werden sollten. Außerdem wurde der Wunsch nach einem Folgekurs geäußert, wobei besonders jüngere Kollegen in die Schulung mit einbezogen werden sollten.

## 6.2 Limitationen der Studie

Methodische Einschränkungen der Studie ergaben sich durch die Art der Befragung in Form eines Fragebogens. Ein wichtiger Aspekt ist die Akzeptanz der Kursteilnehmer des Fragebogens. Relevant sind hierbei die korrekte Durchführbarkeit, Handhabung und Verständlichkeit des Fragebogens (Mummendey and Grau 2008).

Beim Ausfüllen eines Fragebogens, wie in dieser Studie durch die Befragung per E-Mail, hat der Teilnehmer keinen Zeitdruck den Fragebogen zu beantworten und kann selbstständig Ort und Zeitpunkt der Evaluation wählen. Der Forscher ist selbst nicht anwesend und somit ist seine Beeinflussung ausgeschlossen. Dennoch ergibt sich ein Nachteil, da nicht festgestellt werden kann, unter welchen Umständen der Teilnehmer die Fragebögen beantwortet und inwiefern er durch seine Umwelt beeinflusst wurde. Zusätzlich ist die Rückgabe nicht kontrollierbar und die Teilnehmer sind nicht direkt ermutigt den Fragebogen zurück zugeben. Verständliche Fragen sind in einer Befragung per E-Mail von großer Bedeutung, da die Teilnehmer nur durch klare Fragestellungen verwertbare Antworten geben können. Die Konsequenzen einer unverständlichen Fragestellung sind irrelevante und unvollständige Antworten, die daher nicht in die Auswertung mit einbezogen werden können. Im schwerwiegendsten Fall kann Unverständlichkeit sogar zum nicht Zurücksendung des Fragebogens führen. Letztendlich können missverständlichen Antworten bei der Auswertung nicht mehr klargestellt oder nachgefragt werden (Bauer 1981).

Um diese Limitation zu minimalisieren, wurde am Anfang und am Ende der Schulung sowie in den Erinnerungs-E-Mails, die Teilnehmer bei Unklarheiten gebeten, die Schulungsleitung anzusprechen oder per E-Mail zu kontaktieren. In dieser Studie ergaben sich jedoch keine Rückfragen. Es stellt sich die Frage, ob dieses Angebot nicht von den Teilnehmern in Anspruch genommen wurde, weil dies zu zeitaufwändig ist. Größtenteils wurde in der Studie geschlossene Frage in die Fragebögen integriert, wobei die Antworten schon vorgegeben sind. Dies beschleunigt, standardisiert und vereinfacht den Teilnehmern die Beantwortung des Fragebogens. Außerdem kann der Teilnehmer bei einer unverständlichen Fragestellung bezüglich geschlossenen Fragen, die Frage aus den Antwortvorgaben erschließen. Offene Fragen wurden gestellt, um individuelle Meinungen und Kommentare über das Thema Palliativmedizin und der Schulung zu ermöglichen. Dennoch resultieren durch diese Frageform Einschränkungen. Erstens ist die Vergleichbarkeit der Daten geringer als bei



vorgegebenen Antworten. Zweitens ist die Inhaltsanalyse abhängig vom Forscher, der die Kategoriensysteme aufstellt und Gemeinsamkeiten gruppiert. Dadurch wird die Auswertung stark vom Forscher beeinflusst. Dennoch ist die Inhaltsanalyse eine gute Alternative, um frei formulierte Antworten zu analysieren. Drittens wurde in der Studie zusätzlich festgestellt, dass die Teilnehmer seltener die offenen Fragen beantworteten. Ein Grund für die geringere Beantwortung der offenen Fragen ist möglicherweise der größere Zeitaufwand (Porst 2013).

Eine weitere Limitation zeigt die Anzahl von 31 Teilnehmer, die an der Schulung teilnahmen, die relativ gering ist, wobei jedoch eine hohe Akzeptanz zur Evaluation, besonders in der *ISPG-1* (27 rückläufige Fragebogen, 87,1% Rücklaufquote), stattfand. Jedoch nehmen die Rücklaufquote der Fragebögen im Verlauf in der *ISPG-2* (20 rückläufige Fragebogen, 64,5% Rücklaufquote) und *ISPG-3* (14 rückläufige Fragebögen, 45,2% Rücklaufquote) und somit auch die Repräsentativität stetig ab. Bedenken bestehen ebenfalls durch die Evaluation, die als subjektiver Messstandard, speziell bei der Einschätzung der Kompetenzen in der Vorbereitung auf die Palliativmedizin, anzusehen ist. Die Teilnehmer schätzten sich selber ein und wurden nicht durch einen objektiven Standard geprüft (Mummendey and Grau 2008).

### 6.3 Fazit und Ausblick

Trotz der oben genannten Einschränkungen der Studie sind die erhobenen Daten relevant für die Palliativmedizin und die Weiterbildung der behandelnden Ärzte und Pflege. Im Rahmen der Versorgungsforschung werden weiterhin Inhouse-Schulungen sowie Förderungen der Palliativmedizin in der Gynäkologie benötigt, um eine interaktive und multiprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der einzelnen Berufs- und Fachrichtungen zu begünstigen. Ziel der *ISPG* ist eine Schnittstellenoptimierung bei der Versorgung von Patienten mit einer lebensbedrohlichen am Brust- und gynäkologischen Krebszentrum des CCC<sup>LMU</sup> in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin. Durch die *ISPG* wurde zum einen eine verbesserte Kommunikation innerhalb der Frauenklinik als auch ein erweiterter Überblick über die Kooperationspartner erreicht. Hauptfokus wurde auf die Verbesserung und Erweiterung der palliativmedizinischen Kompetenzen der Teilnehmer durch eine kurze und intensive Schulung gelegt. Lohnenswert sind eine zunehmende interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie das Verständnis über die einzelnen Strukturen in der Palliativversorgung.

Das positive Resultat der *ISPG* befürwortet den Einsatz weiterer Inhouse-Schulungen der Palliativmedizin in anderen CCCs und Frauenkliniken. Außerdem ist die Behandlung hoher Fallzahlen von metastasierten Patienten mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren in den Kliniken und Praxen beachtlich und in Relation dazu die geringe bzw. variierende Anzahl der abgelegten Prüfungen der Palliativmedizin bei den Bundes- und Landesärztekammern. Hier bieten sich zu den Prüfungen zur Zusatzweiterbildungen Palliativmedizin auch intensive Schulungen wie das Modellprojekt der *ISPG* an. Dadurch wird ebenfalls das gesamte medizinische Fachpersonal, nicht nur Ärzte sondern auch Pflegekräfte, geschult. Zudem kann eine Übertragung der Schulung auf andere onkologische Fachrichtungen diskutiert werden. Denn Studien zeigen, dass nicht nur in der Gynäkologie Defizite in der palliativmedizinischen Betreuung bestehen, sondern auch in anderen onkologischen Fachrichtungen wie der Gastroenterologie, Hämatoonkologie und HNO (Buss, Lessen et al. 2007).

## 7 ZUSAMMENFASSUNG

---

**Einleitung:** Die frühzeitige Integration der Palliativmedizin in die Versorgung von onkologischen schwererkrankten Patienten wird von der WHO empfohlen. Insbesondere beim Mammakarzinom ist der Übergang von der Metastasierung in die Palliation oft fließend.

**Projektbeschreibung:** Im Rahmen eines Modellprojekts des CCC<sup>LMU</sup> wurde ein multiprofessionelles Inhouse-Schulungsprogramm konzipiert. 31 medizinische Fachkräfte der Frauenklinik am KUM wurden von einer Kommunikations-Team-Trainerin sowie Ärzten und Pflegekräften der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin im März 2013 geschult. Begleitet wurde das Projekt von einer Evaluation vor, direkt nach und 6 Monate nach der Schulung sowie einer Befragung der Bundes- und Landesärztekammern, die die Anzahl der Gynäkologen erfasst, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ablegten.

**Ergebnisse:** Es wurden 7 Pflegekräfte, 11 Assistenzärzte, 8 Oberärzte und 5 Teilnehmer ohne Berufsangaben, geschult, die sowohl ambulant als auch stationär Patienten mit einer metastasierten bzw. fortgeschrittenen Erkrankung versorgen. Zwei Drittel der Teilnehmer haben mehr als 10 Jahre Erfahrung in der Onkologie. Vor der Schulung schätzte die Mehrheit (54%) ihre palliativmedizinische Kompetenz als mittelmäßig vorbereitet ein. Die Mehrheit schätzte ihre Kompetenz direkt (79%) und sechs Monate danach (93%) als gut vorbereitet ein. Die hohe Akzeptanz zur Teilnahme hat besonders bei den Assistenzärzten zu einer fachlichen Kompetenzerweiterung geführt. Speziell die Kompetenz in der pulmonalen Symptomkontrolle und den palliativen Versorgungsmöglichkeiten wurde direkt nach der Schulung als deutlich verbessert bewertet. Des Weiteren verbesserten sich durch die *ISPG* das Verständnis über die Kooperationspartner in der Palliativversorgung sowie die Kommunikation innerhalb der Frauenklinik. Weiterhin sieht die Mehrheit der Teilnehmer Verbesserungspotenzial in der Kooperation mit Fachärzten (17% der Teilnehmer) und Hausärzten (13%) sowie bei der Implementierung fallbezogener Supervisionen (96%).

## Zusammenfassung

Die Befragung der Bundes- und Landesärztekammer ergab, dass bundesweit bis zum Jahr 2012 124 Gynäkologen die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ablegten. Die meisten Gynäkologen (n=18) wurden in Niedersachsen und Sachsen, gefolgt von Bayern (n=11) und Nordrhein-Westfalen (n=10) in der Palliativmedizin geprüft.

**Diskussion:** Die Förderung und Verbesserung der Patientenversorgungskompetenz in der palliativmedizinischen Betreuung wurde bereits durch eine kurze, intensive Schulungssequenz durch die Palliativmedizin-Experten am KUM gefördert. Das Modellprojekt am CCC<sup>LMU</sup> stellt die Grundlage für eine Erweiterung auf weitere onkologische Schwerpunktfächer des Klinikums dar und schafft den Anreiz eine gleichartige Schulung auch in anderen Kliniken und Zentren zu empfehlen. Die Befragung der Ärztekammern zeigt bundesweit eine variierende Anzahl der abgelegten Prüfungen zur Zusatzweiterbildungen für Palliativmedizin unter den Gynäkologen. In den Zentren und Praxen werden daher neben der palliativmedizinischen Fachausbildung auch multiprofessionelle Schulungen benötigt, die palliativmedizinischen Kompetenzen sowie Kommunikation fördern, wie bereits diese Schulung zeigte.

## 8 ANHANG

---

### 8.1 Literaturverzeichnis

- Akademie, C. (2015). 2015, from <http://www.christophorus-akademie.de/>.
- Aulbert, E. and H. Albrecht (2012). Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer.
- Aulbert, E., H. Albrecht, F. Nauck and L. Radbruch (2012). Lehrbuch der Palliativmedizin: mit 204 Tabellen, Schattauer.
- Bartzke, G. (2007). „Palliativmedizin “: Eine neue Zusatzbezeichnung–(auch) für Frauenärzte!" Der Gynäkologe **40**(12): 1000-1002.
- Bauer, E. (1981). Produkttests in der Marketingforschung, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bäumer, R. (2008). Onkologische Pflege, Thieme.
- Bausewein, C. and E. Albrecht (2004). Leitfaden Palliativmedizin, Urban & Fischer München.
- Buss, M. K., D. S. Lessen, A. M. Sullivan, J. Von Roenn, R. M. Arnold and S. D. Block (2007). "A study of oncology fellows' training in end-of-life care." J Support Oncol **5**(5): 237-242.
- Diakonie. (2009). "Seelsorge in Palliativ Care." 2015, from <http://www.palliativ-portal.de/images/pdf/Seelsorge%20in%20Palliative%20Care.pdf>.
- Fittkau-Tönnemann, B. (2007). "Aus-, Fort-und Weiterbildung–die Herausforderung für Palliativmedizin und Hospizarbeit." Der Gynäkologe **40**(12): 977-982.
- Freier, W. and B. Maier (2007). "Ambulante palliativmedizinische Betreuung von Tumorpatienten." best practice onkologie **2**(4): 46-54.
- Gaertner, J., V. Weingartner, J. Wolf and R. Voltz (2013). "Early palliative care for patients with advanced cancer: how to make it work?" Curr Opin Oncol **25**(4): 342-352.
- Gaertner, J., J. Wolf, M. Hallek, J.-P. Glossmann and R. Voltz (2011). "Standardizing integration of palliative care into comprehensive cancer therapy—a disease specific approach." Supportive Care in Cancer **19**(7): 1037-1043.
- Gaertner, J., R. Wuerstlein, C. Ostgathe, P. Mallmann, N. Harbeck and R. Voltz (2011). "Facilitating Early Integration of Palliative Care into Breast Cancer Therapy. Promoting Disease-Specific Guidelines." Breast Care **6**(3): 240-244.
- GBE. (2014). "Anzahl der berufstätigen Gynäkologen bundesweit zum Stand 31.12.13." Retrieved 02.6.14, 2014, from <http://www.gbe-bund.de/oowa921->

[install/servlet/oowa/aw92/WS0100/ XWD FORMPROC?TARGET=&PAGE = XWD 526&OPINDEX=4&HANDLER=XS ROTATE ADVANCED&DATA CUBE= XWD 554&D.000=ACROSS&D.001=DOWN&D.002=PAGE&D.003=PAGE&D.396=DOWN&D.928=PAGE.](#)

- Götze, W., C. Deutschmann and H. Link (2002). Statistik: Lehr- und Übungsbuch mit Beispielen aus der Tourismus- und Verkehrswirtschaft, Oldenbourg.
- Greer, J. A., V. A. Jackson, D. E. Meier and J. S. Temel (2013). "Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer." CA: A Cancer Journal for Clinicians **63**(5): 349-363.
- Grischke, E.-M. (2008). "Palliativmedizin- eine neue Zusatzbezeichnung auch für Gynäkologen." FRAUENARZT: 984-987.
- Haller, U., H. Hepp and R. Winter (2004). "Palliativmedizin in der gynäkologischen Onkologie." Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau **45**(1): 1-2.
- Hartung, J., B. Elpelt and K. H. Klösener (2005). Statistik: Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik ; mit zahlreichen, vollständig durchgerechneten Beispielen, Oldenbourg.
- Hernandez, S. (2007). Palliative Care Teams. The 18th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice.
- Hirsig, R. (1997). Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS für Windows, Seismo-Verlag.
- IBE. (2005). "Übersicht und Unterscheidungskriterien für die Auswahl statistischer Verfahren." Retrieved 21.09, 2014, from [http://www.ibe.med.uni-muenchen.de/lehre/lehrveranst/lehr\\_a/modul1-15/material/archiv/archiv\\_ws0708/uebers\\_verfahren.pdf](http://www.ibe.med.uni-muenchen.de/lehre/lehrveranst/lehr_a/modul1-15/material/archiv/archiv_ws0708/uebers_verfahren.pdf).
- Jeltsch, A. (2014). Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: Förderung der Prozessqualität, Bachelor + Master Publishing.
- Kaatsch, P., C. Spix, S. Hentschel, A. Katalinic, S. Luttmann, C. Stegmaier, S. Caspritz, J. Cernaj, A. Ernst and J. Folkerts (2013). "Krebs in Deutschland 2009/2010."
- KBV (2015). Ambulante Versorgung:  
Herausforderungen und Ziele: 3.
- Klaschik, E. (2000). Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. Palliativmedizin, Springer: 167-262.

- Klaschik, E., F. Nauck, L. Radbruch and R. Sabatowski (2000). "Palliativmedizin– Definitionen und Grundzüge." Der Gynäkologe **33**(10): 704-710.
- Lesnock, J. L., R. M. Arnold, L. A. Meyn, M. K. Buss, M. Quimper, T. C. Krivak, R. P. Edwards and J. C. Chang (2013). "Palliative care education in gynecologic oncology: a survey of the fellows." Gynecol Oncol **130**(3): 431-435.
- LMU, C. (2015). "Krebszentrum der LMU." 2015, from <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/CCCLMU-Krebszentrum-Muenchen/de/startseite/index.html>.
- Matthäus, W. G. (2007). Statistische Tests mit Excel leicht erklärt: Beurteilende Statistik für jedermann, Vieweg+Teubner Verlag.
- Micheli, A., G. Gatta, M. Sant, V. Krogh, C. Perone, L. Dell'Era, S. Saltarelli and F. Berrino (1997). "Breast cancer prevalence measured by the Lombardy Cancer Registry." Tumori **83**(6): 875-879.
- Mummendey, H. D. and I. Grau (2008). Die Fragebogen-Methode, Hogrefe Verlag.
- Popay, J., H. Roberts, A. Sowden, M. Petticrew, L. Arai, M. Rodgers, N. Britten, K. Roen and S. Duffy (2006). "Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews." A product from the ESRC methods programme. Version 1.
- Porst, R. (2013). Fragebogen: Ein Arbeitsbuch, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Reiser, J. (2010). "Palliativmedizin als Pflichtfach." Via Medici.
- Sabatowski, R., B. O. Maier, C. Ostgathe and R. Rolke (2013). Palliativmedizin - 1000 Fragen, Thieme.
- UZH (2010). Kruskal-Wallis-Test, Universität Zürich.
- Weissman, D. E., S. D. Block, L. Blank, J. Cain, N. Cassem, D. Danoff, K. Foley, D. Meier, P. Schyve, D. Theige and H. B. Wheeler (1999). "Recommendations for incorporating palliative care education into the acute care hospital setting." Academic Medicine **74**(8): 871-877.
- WHO (2002). National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, World Health Organization.
- WHO. (2014). "WHO Definition of Palliative Care." Retrieved 06.08, 2014, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Wuerstlein, R. and I. Bauerfeind (2011). "Tumor-Specific Systemic Treatment in Advanced Breast Cancer - How Long does it Make Sense?" Breast Care (Basel) **6**(1): 35-41.

## 8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Berufsgruppen in der Palliativversorgung (entnommen und verändert aus (Diakonie 2009)).	5
Abbildung 2: Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisation an allen <b>Krebsneuerkrankungen</b> (Inzidenz) der Frau im Jahr 2010 in Deutschland. Die gynäkologischen Tumore wurden unterstrichen (entnommen und verändert aus (Kaatsch, Spix et al. 2013)).	7
Abbildung 3: Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisation an allen <b>Krebssterbefällen</b> (Mortalität) der Frau im Jahr 2010 in Deutschland. Die gynäkologischen Tumore wurden unterstrichen (entnommen und verändert aus (Kaatsch, Spix et al. 2013)).	7
Abbildung 4: Parametrische und nicht-parametrische Tests (entnommen u. verändert aus: (IBE 2005))	20
Abbildung 5: Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse (entnommen und bearbeitet aus (Popay, Roberts et al. 2006))	21
Abbildung 6: Deutschlandkarte mit der Anzahl (n) der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis zum Jahr 2012 in den einzelnen Bundesländern ablegten (n.a.= nicht angegeben).	23
Abbildung 7: Anzahl der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis zum Jahr 2012 (1) sowie im Jahr 2012 (2) ablegten (Die Ärztekammern Hessen, Bremen und Baden-Württemberg gaben keine Auskunft).	24
Abbildung 8: Anzahl der Gynäkologen, die die Prüfung zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis zum Jahr 2012 ablegten, in Relation zu der Gesamtzahl der berufstätigen Gynäkologen in den Bundesländern (Die Ärztekammern Hessen, Bremen und Baden-Württemberg gaben keine verwertbare Auskunft).	26
Abbildung 9: Berufsgruppeneinteilung der Teilnehmer	27
Abbildung 10: Berufserfahrung der Teilnehmer	28
Abbildung 11: Berufserfahrung der Teilnehmer in Bezug zur ihrer Berufsgruppe.	29
Abbildung 12: Erfahrung der Teilnehmer in der gynäkologischen Onkologie in Jahren	29
Abbildung 13: Anzahl der Teilnehmer, die stationär und/oder ambulant fortgeschrittene metastasierte Patienten betreuen.	30



Abbildung 14: Persönliche Motivation der Teilnehmer, die zur Schulungsteilnahme führte .....	31
Abbildung 15: Rahmenbedingungen der Schulung, die zur Schulungsteilnahme motivierten.....	32
Abbildung 16: Kenntnisse im Bereich Palliative Care vor der Schulung .....	33
Abbildung 17: Beurteilung der Kooperationspartner am KUM .....	34
Abbildung 18: Beurteilung der Kommunikation in der Frauenklinik.....	35
Abbildung 19: Wünsche der Teilnehmer in der palliativmedizinischen Betreuung....	36
Abbildung 20: Einschätzung der Berufsgruppen insgesamt bezüglich ihrer Kompetenzen zu palliativmedizinischen Fertigkeiten (Skala 1=nicht vorbereitet, 2=schlecht vorbereitet, 3=mittelmäßig vorbereitet, 4= gut vorbereitet, 5=sehr gut vorbereitet) .....	45

### **8.3 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Organisationsformen im Palliativkonzept und deren Funktion (entnommen und verändert aus (Bausewein and Albrecht 2004)).....	6
Tabelle 2: Anzahl der berufstätigen Fachärzte für Gynäkologie in den Bundesländern zum Stichtag vom 31.12.12. ....	25
Tabelle 3: Schlüsselwörter der Definition der Palliativmedizin in der Frauenklinik....	37
Tabelle 4: Einstellungsänderung in der Versorgung von Patienten am Lebensende	39
Tabelle 5: Positive Anmerkungen über die Schulung. ....	41
Tabelle 6: Vorschläge zu einer Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung.	41
Tabelle 7: Vorbereitung auf die palliativmedizinischen Fertigkeiten im Verlauf in ISPG-1, ISPG-2 und ISPG-3. ....	43

## 8.4 Das Anschreiben an die Bundes- und Landesärztekammern



CAMPUS INNENSTADT UND  
GROSSHADERN  
  
KLINIK UND POLIKLINIK FÜR  
FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE  
DIREKTOR: PROF. DR. MED. KLAUS FRIESE



Klinikum der Universität München · Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Campus Großhadern, Marchioninstr. 15, D-81377 München

Univ.-Prof. Dr. med. Nadia Harbeck  
Leitung

Brustzentrum des Klinikums der  
Universität München  
Campus Innenstadt und Großhadern

Marchioninstr. 15  
81377 München

Tel.: +49 (0)89 7095 7581 Sekretariat  
Tel.: +49 (0)89 7095-6806 Sprechstunde  
Fax: +49 (0)89 7095 – 7582  
nadia.harbeck@med.uni-muenchen.de

www.lmu-brustzentrum.de

-Ärztkeammeranschrift-
------------------------

### Betreff: Zusatzweiterbildung Palliativmedizin - Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Rahmen unserer Versorgungsforschung zur Integration von Palliativmedizin in die Gynäkologie, interessieren wir uns für die Gesamtzahl der in Palliativmedizin geprüften Gynäkologen sowie die Anzahl im Jahr 2012.

Wir bitten um Rücksendung des beiliegenden Fax bis zum 1.12.13.  
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Rachel Würstlein

Kristina Ulbach

Direktor der Klinik: Prof. Dr. Friesen

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts  
Vorstand:

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch

Kaufmännischer Direktor: Gerd Koslowski

Pflegedirektor: Peter Jacobs

Vertreter der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. Dr. h.c. Maximilian Reiser (Dekan)

Institutionskennzeichen: 260 914 050,

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE 813 536 017

Zertifiziertes Brustzentrum  
nach DIN EN ISO 9001:2008,  
sowie nach den Kriterien der  
Deutschen Krebs- und  
Senologiegesellschaft



Von der EUSOMA als  
europäisches Brustzentrum  
akkreditiert



Umfrage Landesärztekammer

Zusatz Weiterbildung Palliativmedizin für Fachärzte/-innen Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

*Name der Bundes- oder Landesärztekammer:*

Frage 1. Gesamtzahl der in Palliativmedizin geprüften Gynäkologen bis zum Jahr 2012:

Frage 2. Anzahl der in Palliativmedizin geprüften Gynäkologen in 2012:

Fax bitte zurück an:  
089-7095-7582

## 8.5 Die Einladung zum Schulungsprogramm

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir freuen uns sehr, Sie zu unserem Inhouse-Schulungsprogramm Palliativmedizin in der Frauenklinik der LMU einzuladen. In der Kooperation von Gynäkologischem Krebszentrum und Brustzentrum sowie dem IZP und mit der Unterstützung des CCC<sup>LMU</sup> ist es gelungen, im Rahmen eines Modellprojekts relevante palliativmedizinische Themen, denen wir in der Frauenklinik im klinischen Alltag begegnen, praxisnahe aufzugreifen. Es war der Wunsch der jungen Kollegen/-innen, die Weiterbildung in diesem Bereich zu unterstützen. Das Angebot wendet sich in erster Linie an die jungen Ärzte und Ärztinnen der Onkologischen Tageskliniken und der operativen Stationen sowie das dort tätige Pflegepersonal, da im Rahmen der Fortbildung auch fachgruppenübergreifend diskutiert werden soll. Die frühe Integration von Palliativmedizin in unsere onkologische Tätigkeit wird im Rahmen der Schulung diskutiert werden, die Möglichkeiten der Unterstützung durch das IZP in den Ambulanzen, Stationen und sektorübergreifend besser bekannt gemacht werden, und dies gilt für die beiden Standorte Maistasse und Grosshadern.

Die Teilnahme ist für Sie kostenlos. Um das Zertifikat der Inhouse Schulung zu erhalten, müssen Sie an allen drei Einheiten der Schulung teilnehmen, die ergänzende Teilnahme am Workshop der Frauenklinik „Psychoonkologische Aspekte in der Kommunikation mit Krebspatienten und deren Angehörigen“ (Samstag, 23.02.2013, 8.00 bis 15.45) wird empfohlen. In Rücksprache mit den Zentrenleitungen erfolgt für die Teilnahme der Inhouse-Schulung eine Freistellung, bitte berücksichtigen Sie dies bei der Dienstplanung. Eine Aufnahme des Schulungsprogramms in das Logbuch ist geplant. CME Punkte sind beantragt.

Die Anmeldung erfolgt bei Frau Bransch, Telefon 7095 7581, Email: sekretariat-prof-harbeck@med.uni-muenchen.de.

Wir wünschen allen Teilnehmern/-innen einen guten Schulungsauftritt.

Prof. Bausewein, Dr. Haberland

Prof. Friese, Prof. Harbeck, Dr. Würstlein

Prof. Heinemann

## 8.6 Das Schulungsprogramm

Inhouse-Schulung Palliativmedizin in der Frauenklinik

Jeweils Dienstag 26.2., 5.3. und 12.3. 2013

14 00 Uhr bis 17.15 Uhr

Schulungsort: Akademie für Palliativmedizin, Großhadern

Block I am 26.2.2013		Referent	Zeiten
Begrüßung durch Prof. Bausewein und Prof. Friese			14.00 – 14.10
PM Basics „Early Integration“ Kooperation Gynäkologie – Palliativmedizin	1UE	Bausewein/ Haberland	14.10 – 14.45
Symptomkontrolle Tumorschmerztherapie I	1 UE	Haberland	14.45 – 15.30
Symptomkontrolle Tumorschmerztherapie II Fallarbeit	2 UE	Haberland	15.45 – 17.15
Block II am 5.3.2013			
Lokale Palliativmedizinische Strukturen Stationär / ambulant Fallarbeit	1UE 1UE	Feddersen/ Haberland	14.00 – 14.45
Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht Fallarbeit		Feddersen/ Haberland	14.45 – 15.30
Symptomkontrolle bei gynäkologischen Palliativpatienten -Atemnot -Obstipation/ Übelkeit/ Ileus/ Aszites Fallarbeit	2 UE	Bausewein	15.45 – 17.15

## Anhang

Block III am 12.3.2013				
Pflegerische Aspekte	1 UE	Haberland	+	14.00 –
1. Wundversorgung exulzierende Wunden		Schneider		14.45
2. Geruchsbildung				
3. Kloakensituation				
Kommunikation + Symptomkontrolle bei	1 UE	Schlemmer/		14.45 –
Gynäkologischen Palliativpatienten		Haberland		15.30
Ihre Fälle / Ihre Fragen				
Fallarbeit				

## 8.7 Die Fragebögen

### **Evaluationsbogen Inhouseschulung Palliativmedizin in der Gynäkologie Prä**

vor dem Kurs auszufüllen

Bogen Nummer:

Bitte füllen Sie diesen anonymisierten Evaluationsbogen so vollständig wie möglich aus. Alle Antworten werden vertraulich behandelt, Eine Zuordnung der Evaluationsbogensnummer zum Namen des Teilnehmers findet NICHT statt! Danke.

## Teil I. Angaben zu Ihrer Person.

### 1. Sie sind

- |   |                                   |   |   |
|---|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegekraft          | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> Berufserfahrung < 5 Jahre  | <input type="checkbox"/> Erfahrung gynäkologische |
| <input type="checkbox"/> Assistenzarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> Berufserfahrung > 5 Jahre  | Onkologie in Jahren:                              |
| <input type="checkbox"/> Oberarzt/ärztin      |                                   | <input type="checkbox"/> Berufserfahrung > 10 Jahre | _____ Jahre                                       |

### 2. Sie versorgen

- ☐ fortgeschritten metastasierte / palliative Patientinnen **stationär** ☐ ja ☐ nein  
 Wenn ja: Wie viele Patienten im Monat? \_\_\_\_\_ Patienten
- ☐ fortgeschritten metastasierte / palliative Patientinnen **ambulant** ☐ ja ☐ nein  
 Wenn ja: Wie viele Patienten im Monat? \_\_\_\_\_ Patienten

### 3. Welche Überlegungen haben Sie zur Teilnahme an dieser Zertifikatfortbildung motiviert? (bitte jeweils ankreuzen)

- |   |   |
|---|---|
| Berufliche Kompetenz erweitern                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kompetenz im Bereich Kommunikation erweitern                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Betroffenheit im familiären Umfeld                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fragestellungen im Bereich Symptomkontrolle / med. Versorgung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fragestellungen im Komplex sozial / familiär / rechtlich      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fragestellungen im ethischen / religiösen Bereich             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fragestellungen zum Komplex Betreuung / Vorsorgevollmacht     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Nicht aufgeführte Gründe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(bitte angeben)



## 4. Besitzen Sie bereits Kenntnisse im Bereich Palliative Care?

(bitte jeweils ankreuzen bzw. angeben; mehrere Antworten möglich)

☐ nein

☐ ja, durch

☐ meinen Berufsalltag

☐ Selbststudium

☐ Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, z.B. \_\_\_\_\_

☐ persönliche Erfahrungen im Familien-/Freundeskreis

☐ sonstige: \_\_\_\_\_

### Teil II. Vorbereitung auf Palliative Care.

Bitte geben Sie für jeden der folgenden Punkte an, wie gut vorbereitet Sie sich fühlen.

### KOMPETENZ ZUR PALLIATIVEN BEGLEITUNG

	Nicht gut vorbereitet		ein wenig vorbereitet		sehr gut vorbereitet
1. Insgesamt:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Palliative Versorgungsmöglichkeiten (z.B. ambulante Versorgungsstrukturen):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Alternative Applikationswege und -methoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Schmerztherapie bei Palliativpatienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gastrointestinale Symptome bei Palliativpatienten (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Ileus, Aszites)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pulmonale Symptome bei Palliativpatienten: (z.B. Dyspnoe, Husten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Komplexe Wundversorgung bei Palliativpatienten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Umgang mit schlechten Nachrichten/Konfrontation mit schlechten Prognosen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Teil III. Palliative Care in der Frauenklinik

### I. Wie beurteilen Sie in der Frauenklinik bei palliativen Patientinnen die Kooperation mit

	Sehr gut	gut	unterschiedlich	schlecht
1. IZP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ambulanten Palliativteam (SAPV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Überleitungsmanagement KUM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sozialdienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Psychoonkologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Seelsorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hausärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. sonstigen Fachärzten (extern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ggf. weiteren Gruppen ( bitte benennen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei welcher der o.g. Gruppen (1-10) wünschen Sie sich Verbesserungen?

Bitte notieren Sie hier Ihre wichtigsten DREI Kooperationspartner mit Verbesserungswunsch:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## II. Wie beurteilen Sie in der Frauenklinik bezogen auf palliative Patientinnen die Kommunikation

	Sehr gut	gut	unterschiedlich	schlecht
a. zwischen Behandlungsteam / Patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. zwischen Behandlungsteam/Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. zwischen Pflege/Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. zwischen Behandlungsteam/ sonstigen Berufsgruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. zwischen Station / Ambulanz bzw. Onkolog. Tagesklinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## III.

1. Wünschen Sie sich ein regelmäßiges Supervisionsangebot in der Frauenklinik? ☐ ja ☐ nein
2. Wünschen Sie sich ein fallbezogenes Supervisionsangebot bei Bedarf? ☐ ja ☐ nein
3. Wünschen Sie sich einen Standard bzgl. Reanimationseintrag in der FK? ☐ ja ☐ nein
4. Wünschen Sie sich eine fallbezogene nachträgliche Falldiskussion  
(z.B. im Rahmen der Übergabe oder Morbiditätskonferenz)? ☐ ja ☐ nein
5. Wünschen Sie sich eine verbesserte Dokumentation? ☐ ja ☐ nein
6. Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung von Übergabe / Dokumentation / Kommunikation?

---



---

## Teil IV. Motivation zur Schulungsteilnahme

	Am meisten	mittelgradig	am wenigsten
1. Angebot innerhalb des KUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Themenauswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Persönliche Einladung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. interdisziplinäre Besetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Interaktives Seminarangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Möglichkeit zur besseren Vernetzung im KUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kostenneutrales Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte schreiben Sie uns Ihre **Definition von Palliativmedizin in der Frauenklinik** am KUM hier auf:

---



---



---

Falls Sie weitere Anregungen / Kommentare haben:

---



---



---

Vielen Dank!!

# Evaluationsbogen Inhouseschulung Palliativmedizin in der Gynäkologie

## Post I

Direkt nach dem Kurs auszufüllen

<b>Bogen Nummer:</b>
----------------------

Wir schreiben Sie zur Erinnerung an.  
Bitte füllen sie dann diesen Bogen aus und senden ihn anonym per (Haus-)Post an:

Dr. Haberland  
Zentrum für Palliativmedizin  
KUM, Großhadern

Oder

Dr. Würstlein  
Brustzentrum  
KUM, Großhadern

**Bitte füllen Sie diesen Evaluationsbogen so vollständig wie möglich aus. Alle Antworten werden vertraulich behandelt, Eine Zuordnung der Evaluationsbogennummer zum Namen des Teilnehmers findet NICHT statt! Danke.**

**Teil I. Vorbereitung auf Palliative Care.**

Bitte geben Sie für jeden der folgenden Punkte an, wie gut vorbereitet Sie sich

**(a) zu Beginn des Kurses**

**(b) jetzt – also unmittelbar nach Beendigung des Kurses**  
gefühlt haben bzw. fühlen.

**KOMPETENZ ZUR PALLIATIVEN BEGLEITUNG**

		(bitte ein Kreuz pro Zeile in dieser Spalte)				
		nicht gut vorbereitet		ein wenig vorbereitet		sehr gut vorbereitet
1.	<b>Insgesamt:</b>					
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Palliative Versorgungsmöglichkeiten (z.B. ambulante Versorgungsstrukturen):					
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Alternative Applikationswege und -methoden					
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Schmerztherapie bei Palliativpatienten					
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Gastrointestinale Symptome bei Palliativpatienten (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Ileus, Aszites)					
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Pulmonale Symptome bei Palliativpatienten:					
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Komplexe Wundversorgung bei Palliativpatienten:					
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Umgang mit schlechten Nachrichten/Konfrontation mit schlechten Prognosen:					
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wie groß ist ihr Interesse, in folgenden Bereichen noch weitere Kenntnisse zu erlangen:**

(bitte ein Kreuz pro Zeile))

	Kein Interesse		wenig Interesse		großes Interesse
a. Neuropsychiatrische Symptome bei Palliativpatienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Umgang mit schlechten Nachrichten/Konfrontation mit schlechten Prognosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Umgang mit ethischen Fragestellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Umgang mit trauernden Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Umgang mit spirituellen Aspekten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Alternative Applikationswege und –methoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Management seltener und komplexer Symptome in der Palliativmedizin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Therapieupdates in der Palliativmedizin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zur Versorgung von Palliativpatienten im ambulanten und stationären Bereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Teil II. Anstöße und Lernerfolge durch den Kurs**

1. Haben sich in Folge des Kurses Ihre Einstellungen geändert bezüglich:

a. Versorgung von Patienten am Lebensende: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Zusammenarbeit innerhalb der Frauenklinik: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d. Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ihre Anregungen und Wünsche**

**Vielen Dank!**



# Evaluationsbogen Inhouseschulung Palliativmedizin in der Gynäkologie

## Post II

6 Monate nach dem Kurs auszufüllen

<b>Bogen Nummer:</b>
----------------------

Wir schreiben Sie zur Erinnerung an.  
Bitte füllen sie dann diesen Bogen aus und senden ihn anonym per (Haus-)Post an:

Dr. Haberland  
Zentrum für Palliativmedizin  
KUM, Großhadern

Oder

Dr. Würstlein  
Brustzentrum  
KUM, Großhadern

**Bitte füllen Sie diesen Evaluationsbogen so vollständig wie möglich aus. Alle Antworten werden vertraulich behandelt, Eine Zuordnung der Evaluationsbogennummer zum Namen des Teilnehmers findet NICHT statt! Danke.**

**Teil I. Vorbereitung auf Palliative Care.**

Bitte geben Sie für jeden der folgenden Punkte an, wie gut vorbereitet Sie sich

**(a) zu Beginn des Kurses**

**(b) jetzt – also 6 Monate nach Beendigung des Kurses**

gefühlt haben bzw. fühlen.

**KOMPETENZ ZUR PALLIATIVEN BEGLEITUNG**

		(bitte ein Kreuz pro Zeile in dieser Spalte)				
		nicht gut vorbereitet		ein wenig vorbereitet		sehr gut vorbereitet
<b>2. Insgesamt:</b>						
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Palliative Versorgungsmöglichkeiten (z.B. ambulante Versorgungsstrukturen):</b>						
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Alternative Applikationswege und -methoden</b>						
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Schmerztherapie bei Palliativpatienten</b>						
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Gastrointestinale Symptome bei Palliativpatienten (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Ileus, Aszites)</b>						
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8. Pulmonale Symptome bei Palliativpatienten:</b>						
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9. Komplexe Wundversorgung bei Palliativpatienten:</b>						
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9. Umgang mit schlechten Nachrichten/Konfrontation mit schlechten Prognosen:</b>						
a.	vor dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	nach dem Kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wie groß ist ihr Interesse, in folgenden Bereichen noch weitere Kenntnisse zu erlangen:**

(bitte ein Kreuz pro Zeile))

	Kein Interesse		wenig Interesse		großes Interesse
a. Neuropsychiatrische Symptome bei Palliativpatienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Umgang mit schlechten Nachrichten/Konfrontation mit schlechten Prognosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Umgang mit ethischen Fragestellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Umgang mit trauernden Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Umgang mit spirituellen Aspekten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Alternative Applikationswege und –methoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Management seltener und komplexer Symptome in der Palliativmedizin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Therapieupdates in der Palliativmedizin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zur Versorgung von Palliativpatienten im ambulanten und stationären Bereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Teil II. Anstöße und Lernerfolge durch den Kurs**

2. Haben sich in Folge des Kurses Ihre Einstellungen geändert bezüglich:

a. Versorgung von Patienten am Lebensende: \_\_\_\_\_

---

---

b. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen: \_\_\_\_\_

---

---

c. Zusammenarbeit innerhalb der Frauenklinik: \_\_\_\_\_

---

---

d. Sonstige: \_\_\_\_\_

---

---

**Ihre Anregungen und Wünsche**

**Vielen Dank!**

## 9 LEBENSLAUF

---

### Angaben zur Person

---

<b>Name</b>	Ulbach, Kristina
<b>Geburtsdatum und –ort</b>	29. Mai 1989, Leverkusen
<b>Staatsangehörigkeit</b>	Deutsch

### Schulbildung

---

<b>1995-1999</b>	Grundschule Büscherhof, Leichlingen
<b>1999-2005</b>	Städtisches Gymnasium Leichlingen
<b>2005-2006</b>	Holt High School, Wentzville, Missouri, USA
<b>2006-2008</b>	Landrat-Lucas-Gymnasium, Leverkusen

### Studium

---

<b>2009-2011</b>	Vorklinisches Studium an der RSU Riga, Lettland
<b>28.01.2011</b>	1. Staatsexam
<b>2011-2015</b>	Klinisches Studium an der LMU München
<b>10.04.2014</b>	2. Staatsexam
<b>09.06.2015</b>	3. Staatsexam
<b>30.06.2015</b>	Approbation als Ärztin durch die Regierung von Oberbayern

### Berufliche Tätigkeit

---

<b>Seit 1.10.2015</b>	Assistenzärztin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am kbo-Heckscher-Klinikum, München
-----------------------	---

## 10 DANKSAGUNG

---

Frau Prof. Dr. Nadia Harbeck danke ich für die freundliche Überlassung des Themas und die hilfreichen Anmerkungen und Korrektur der Dissertation.

Frau Dr. Rachel Würstlein danke ich für die ausgezeichnete Betreuung, Unterstützung und ihrer tatkräftigen Anregungen bei der Durchführung der gesamten Arbeit.

Weiterhin gilt ganz herzlicher Dank Frau Prof. Dr. Claudia Bausewein, Frau Dr. Birgit Haberland und Herr Prof. Dr. Heinemann für die freundliche Unterstützung des Projektes und die zahlreichen Anmerkungen. Auch möchte ich mich bei allen Kursteilnehmern bedanken, die an der *ISPG* teilgenommen haben und die Schulung so zahlreich bewertet haben.

Jamie Jenkins danke ich für die englische Korrektur der veröffentlichten Poster.

Mein größter Dank gilt meiner ganzen Familie. Ganz besonderer Dank möchte ich an Yousef widmen, der stets zu meiner Seite stand und mich in jeder Angelegenheit liebevoll und geduldig unterstützt hat. Meiner Mutter, meinem Vater und meiner Schwester gilt mein besonderer Dank für die uneingeschränkte Unterstützung und Motivation während meines gesamten Studiums.

## 11 EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

---

Ich, Kristina Ulbach, erkläre hiermit an Eides statt,  
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Palliativmedizin in der gynäkoonkologischen Routineversorgung – Evaluation  
einer interdisziplinären Inhouse-Schulung für Palliativmedizin**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient  
und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen  
sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der  
Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in  
ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades  
eingereicht wurde.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Doktorandin